ÇOCUKLARDA ALT ISLATMA PROBLEMİ ve TUVALET EĞİTİMİ

Uzman Psikolojik Danışman

SELÇUK ÖZTÜRK



ÇOCUKLARDA
ALT ISLATMA PROBLEMİ
VE
TUVALET EĞİTİMİ

Uzman Psikolojik Danışman
Selçuk Öztürk
pdr. selcuk@hotmail. com

ÖZGEÇMİŞ

SELÇUK ÖZTÜRK. 1973 yılında İstanbul’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini aynı şehirde tamamladı. 1991-1995 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık Bölümü’nde eğitim aldı. 2011 yılında Konya Mevlana Üniversitesi’nde “Aile Danışmanı” sertifika programını tamamladı. Yazarın çocuklarda davranış bozuklukları ile ilgili Hatay ili merkezli araştırmaları devam etmektedir. Trabzon, Bitlis, Şanlıurfa illerinde çeşitli özel eğitim kurumlarında görev yapan yazar, halen Antakya’da özel bir lisede psikolojik danışman ve aile terapisti olarak görev yapmaktadır.

Selçuk Öztürk, evli ve bir çocuk babasıdır.

JENERİK



Editör
Ali DEMİREL

Görsel Yönetmen
Engin ÇİFTÇİ

Kapak
İhsan DEMİRHAN

Epub
Ahmet KAHRAMANOĞLU

ISBN
978-975-9105-39-6

Yayın Numarası
42

Basım Yeri ve Yılı
Çağlayan Matbaası
TS EN ISO 9001:2008
Ser No: 300-01
Sarnıç Yolu Üzeri No: 7 Gaziemir / İZMİR
Tel: (0232) 274 22 15
Kasım 2011

Genel Dağıtım
Gökkuşağı Pazarlama ve Dağıtım

Merkez Mah. Soğuksu Cad. No: 31 Tek-Er İş Merkezi
Mahmutbey-İSTANBUL
Tel: (0212) 410 50 60 Faks: (0212) 445 84 64

Gül Yurdu Yayınları
Bulgurlu Mahallesi Bağcılar Caddesi No: 1
34696 Üsküdar/İSTANBUL
Tel: (0216) 522 11 44 Faks: (0216) 522 11 78
www.gulyurduyayinlari.com
facebook.com/kitapkaynagi



“İçine kapanık, kendine güveni olmayan bir çocuk yetiştirmek istiyorsanız çocuğunuz altını ıslatınca onu dövün, başkalarıyla kıyaslayın, onu azarlayın ve küçümseyin.”

SALZMANN

ÖNSÖZ

Elinizdeki kitap aşağıdaki soruların cevapları ile ilgili velileri, sınıf öğretmenlerini ve psikolojik danışmanları bilgilendirmek, çocuklarda davranış değişikliği sağlamak ve bu sayede alt ıslatan (enüretik) çocukların sosyal hayatlarının, okul başarılarının ve genel anlamda hayat kalitelerinin arttırılmasını hedefleyen bir kılavuz kitaptır. Kitap, öncelikle çocuğun bakımından sorumlu olan anne baba veya başka kişilere anlaşılır bir dilde yeterli ve doğru bilgi verebilmek ve bu bilginin, meselenin takip süresince de uygun şekilde kullanılmasını sağlamak, düşüncesiyle yazılmış olan bir eserdir.

Alt ıslatma nedir?

Türleri var mıdır?

Genetik olabilir mi?

Toplumda görülme sıklığı nedir?

Alt ıslatmanın sebepleri nelerdir?

Tedavisi var mıdır?

Kendiliğinden geçer mi?

Geçerse kaç yaşında ve nasıl geçer? Yoksa ömür boyu sürer mi?

Alt ıslatma tedavisi kısırlık yapar mı?

Tedavi ne oranda başarılıdır?

Bu problem ile tıbbın hangi uzmanlık alanları ilgilenir?

Aile tedaviye nasıl yardımcı olabilir?

Alt ıslatmada ‘Alarm Cihazı’ nasıl kullanılır?

Çocuklara tuvalet eğitimi ne zaman ve nasıl verilmelidir?

Ailelerin tuvalet eğitiminde yaptıkları yanlışlar nelerdir?

Sık idrara gitme ve okulda idrar kaçırma nereye kadar normaldir?

Okullardaki birinci kademe sınıf öğretmenleri bu problem karşısında ne yapmalıdır?

Okullardaki psikolojik danışmanların bu problem karşısında aileye tavsiyeleri ne olmalıdır?

Yirmibirinci yüzyılın bu ilk çeyreğinde, “Gece Alt Islatma” olarak adlandırılan problemin toplum tarafından halen hakkında pek fazla bilgi sahibi olunmamış bir problem olarak ortada duruyor olması bu problemi eğitim, öğretim açısından düşünüldüğünde benim için önemli ve özel bir noktaya getirmiştir. Konu hakkında çok fazla yanlış bilgi ve önyargının bulunması da problemin önemini ayrıca arttırmıştır.

Elinizdeki kitabın yazılmasındaki maksat aileler tarafından problemin daha doğru bir şekilde anlaşılmasını sağlayarak ailelerde bir bilgi değişimini, yenilenmesini başlatmak ve onları tedaviye teşvik etmektir. Bu kitap ile birçok aile de yaşanan ve çözümünün olduğu bile az bilinen ‘Çocuklarda Altını Islatma’ meselesinin onları utandırıp aşağılık kompleksine itmeden halledilebilecek bir problem olduğunun ailelere öğretilmesi ve ilköğretim okullarında bu problemin yansımalarını bire bir yaşayan sınıf öğretmenlerinin ve psikolojik danışmanların da konu ile ilgili detaylı bilgilendirilmeleri hedeflenmiştir.

Meselenin aile içinde ve okul ortamında irdelenmemesinin iki temel sebebi bulunmaktadır.

a) Ailelerin problemi önemsememeleri, eğitimcilerle paylaşmamaları veya çözümü zamana bırakmaları.

b) Okulun, gece alt ıslatma problemini yaşayanların ne şekilde tespit edileceği, veli ve öğrenciye ne tür bir bilgilendirme ve ne şekilde bir yönlendirme yapılacağı noktasında ki bilgi ve yöntem eksikliğinden dolayı bu problemin okul geneli fizibiletisinin ihmal edilmesi ve eylem planının bulunmaması.

Kitap Ailelere Ne Kazandıracak?

Anne babaların bu kitaptan kazanımları şu şekilde özetlenebilir:

Aileler genelde bu problemi psiko-sosyal menşeli olarak düşünmekte iken kayda değer bir kısmı da alt ıslatmayı bir hastalık olarak kabul etmemektedir. Bunun çocuğun tembelliğinden ve yetersizliğinden kaynaklandığını düşünmekte ve çocuğu suçlama yoluna gitmektedir.

Kitap içindeki pratik bilgiler ve didaktik kazanımlar ile aile olayın sadece psiko-sosyal değil aynı zamanda biyolojik, fizyolojik, organik, genetik ve hormonal sebeplerinin de olabileceğini öğrenmekte ve bu sayede:

a) Ailenin çocuk üzerindeki gereksiz baskı ve suçlamaları ortadan kalkmakta

b) Aile tıbbi kontrolü düşünmeye başlamakta ve ilaç ile de tedavi olunabileceğini öğrenmektedir. Bu sayede doktora gitmenin gerekliliğini kavramakta;

c) Ev ortamında yapılabilecek davranış değiştirme yöntemlerini öğrenmektedir.

Önemle belirtmeliyiz ki çocuklara, alt ıslatmanın kendinden çok, ailelerin ve toplumun yanlış tutumları zarar vermektedir. Bunların içinde en tehlikelisi haber başlıklarına konu olan cinsel bölgelere yönelik cezalandırma girişimleridir. Bu tür tutumlar, çocuklar üzerinde etkisi ömür boyu sürecek izler bırakmaktadır. Kitap sayesinde anne babalar altını ıslatan çocukların “fizyolojik gelişme gecikmesi” yaşadığını (diş çıkarmanın, konuşmanın gecikmesi gibi) ve kendilerine düşen temel görevin çocuğun benlik saygısı zedelenmeden bu problemi atlatmasını sağlamak olduğunu kavramaktadırlar.

Ailelerin gece alt ıslatma ve gündüz işeme bozuklukları ile ilgili sebepler ve tedavi işlemleri konusunda bilgilendirilmeleri, önce başvurulması ve araştırılması gereken hususlar, sıralamalar noktasında aydınlatılmaları onlara zaman kazandıracaktır.

Kitabın seminer uygulamaları sonrasında, katılımcı ailelerde probleme yaklaşım ile ilgili % 90 düşünce ve önyargı değişimleri gözlenmiştir. Konu Hakkında bilgilenen ailelerin alt ıslatma problemine ve çözüm yollarına olan ilgilerinde ciddi bir artış gözlenmiştir.

Kitap Psikolojik Danışmanlara ve Sınıf Öğretmenlerine Ne Kazandıracak?

Öğretmenlerin bu kitaptan kazanımları şu şekilde özetlenebilir:

Bu kitap projelendirilirken 300 kişilik bir özel okulda dahi 30 alt ıslatma vakası (% 10) tespit edilirken ülkemiz geneli genel ve özel tüm ilköğretimler düşünüldüğünde hedef kitle ve olabilecek kazanımların boyutları yüz binlerle ifade edilecektir. 1000 kişilik normal bir ilköğretim okulunda en az 100 adet alt ıslatma vakası mevcuttur.

Özellikle 1. kademe sınıf öğretmenleri ve sonrasında 2. kademe sınıf rehber öğretmenleri bu tip bir problemle karşılaşınca bilinçli bir şekilde probleme yaklaşmak ve veliyi de bilgilendirerek onun doktora gitmesine ikna etmek durumundadır.

Alt ıslatma probleminin multidisipliner olarak ele alınıp tedavi edilmesi gereken bir problem olduğunun kavranılması okullardaki bu vakaların değerlendirilmesinde daha itinalı ve dikkatli olunmasını sağlayacaktır.

Bu kitap sayesinde 35 yıl hizmet verecek olan bir ilköğretim sınıf öğretmeni karşılaşacağı ortalama 140 alt ıslatma vakası karşısında öğrenciye bilinçli müdahale edecek veli ve öğrenciye problemin çerçevesini izah edebilecek yeterlilikte bilgi donanımına sahip olacaktır.

Alt ıslatma problemini paylaşan bir aile ilköğretim okullarındaki psikolojik danışmanlar için acilen müdahale edilmesi gereken bir ailedir. Onlara ‘Gece alt ıslatma’ probleminin tedavi edilebilir bir hastalık olduğu, istenirse ve karşılıklı iletişim içinde olunursa daha kolay ve hızlı bir sonuç alınabilineceği anlatılmalı, çocuk ve ebeveynler bu şekilde motive edilmelidir. Bu da ancak bu konuda yeterli teorik ve pratik bilgi birikimiyle olabilir. Kılavuz kitap probleminin merkezinde on beş yıl uğraşı vermiş bir psikolojik danışmanın şimdiye kadarki bilgi birikimi ve tecrübelerini sizlere sunmaktadır.

Altını Islatan Çocuklar Bu Kitapla Ne Kazanacaklar?

Alt ıslatma tedavisinin en önemli neticelerinden biri de çocuklar için sosyal ortamlarda ve okul başarıları üzerinde ciddi etkisinin olmasıdır.

Tedaviden sonuç alınmaya başlanması ile çocukların kendilerine karşı olan azalmış saygılarını yeniden kazanmaları sağlanmaktadır.

Hayatlarındaki kısıtlamalardan kurtulmakta, onlara yeniden bozulmuş aile içi ilişkileri düzeltme fırsatı sunmaktadır.

Pek çok aile bunun hastalık olduğunu düşünmemekte bu sebeple altını ıslatan çocuklara şiddet uygulanmaktadır. Kitap aslında bir toplum bilgilendirme projesidir ve bu kitap ile fiziki ceza uygulamanın çocukta bilakis negatif sonuçlar doğurabileceğini anlatırken doğru yaklaşım tarzı ile de çocuğu aile şiddetinden korumuş olmaktadır.

Alt ıslatma probleminin çocuklarda böbrek iflasına kadar gidebilecek bir sonuç doğurması onlar açısından zamanında yapılacak yönlendirme ile kazanılacak biyolojik yararlığı da özetlemeye yetecektir.

Her kitap belirli bir okur kitlesi için yazılır. Bu kitabın okurları alt ıslatma problemi yaşayan bir çocuğa sahip olan aileler, psikolog ve psikolojik danışmanlar, okullarda görev yapan sınıf öğretmenleri ve ilgili üniversite öğrencileridir. Bir bakıma kitabın ortaya çıkması onların sayesinde oldu.

"Çocuklarda Alt Islatma Problemi" kitabı, Türkiye'deki enüretik çocuklara yönelik yapılan araştırmalara dayalı, ülkemizdeki enüretiklerin problemlerine ve çözüm yollarına yer veren bir kitap olması amacı ile hazırlandı.

Bir psikolojik danışman olarak, eserin, ortak problemlerimizden birini oluşturan branşımızdaki yardımcı kitap eksikliğini göz önüne alarak 'Çocuklarda Davranış Bozuklukları' eğitimi görenlerin yanı sıra bu problemi yaşayan ailelerin de bu alandaki ihtiyaçlarını karşılayacak bir yardımcı kılavuz kitap şeklinde olmasına çalıştım.

Bunların yanı sıra, amacım, alt ıslatma problemi ile ilgili bilimsel bulguları hayata geçirerek ana-babaları bu problemi yaşayan çocuklara karşı müdahale konusunda aydınlatmak ayrıca psikolojinin 'davranış bozuklukları' başlığı altında yer alan bu konuyla ilgilenen uzmanlara bir temel kaynak oluşturmaktır. Bunu da ülkemizin önleyici ve destekleyici eğitim alanındaki ortak ilerleme çabasına katkıda bulunma görevi olarak görmekteyim.

Enürezis (alt ıslatma) ve bu konuda yaşanan problemler ile ilgili bir kılavuz kitap hepimiz için bir ihtiyaçtı. Biz de bu eser ile psikolojik danışmanlık branşında toplumumuza ve meslektaşlarımıza anlamlı bir katkıda bulunabilirsek mutlu oluruz.

Selçuk ÖZTÜRK

Birinci Bölüm
ÇOCUKLARDA GECE ALT ISLATMA (ENÜREZİS NOCTURNA)

Geşmişte Alt Islatma Problemi

M. Ö. 1550 yılından kalma papirüslerde gece işemelerinden söz edilmetedir.

Geçmişte enürezis nokturna (gece alt ıslatma) tedavisinde çeşitli hayvan organları ve bitkilerden elde edilen iksirlerin kullanıldığı bilinmektedir. On sekizinci yüzyılın başında alt ıslatan çocukların yataklarına kurutulmuş horozibiği sermek şeklindeki tedavi uygulamalarına rastlanmaktadır.[1]

Belki bugün bile ilkel bazı toplumlarda halen uygulanmakta olan tedavi yöntemleri arasında kaynatılmış tavuk kursağı, beyaz kasımpatı çayı, içinde 24 saat 13 yabani tavşan testisi bekletilmiş bir bardak kırmızı şarap ya da tavuklardan çıkarılan mide mukozasının süt içine katılarak içirilmesi sayılabilir.

Bu ilginç yöntemlerin bilim ve mantık dışı görünmelerinin yanında, modern tedavi yöntemleri kadar hassas, belki de bunlara ilham kaynağı olacak kadar mantıklı tarihsel yöntemler de dikkati çekmektedir. Uyuyan çocuğun beline kurbağa bağlamak, şartlandırma tedavisinde kullanılan alt ıslatma alarmının, yatmadan önce bol tuzlu şeyler yedirmek de antidiüretiklerle tedavinin ilkel şekilleri olarak karşımıza çıkmaktadır.[2]

Günümüzde Alt Islatma Problemi

Ankara’daki Çocuk Ruh Sağlığı bölümlerine getirilen çocuklardaki alt ıslatma oranı % 18-21 civarında görülmekte, ülkemizde ise alt ıslatma problemi çocuk ruh sağlığı birimlerine en sık başvuru sebepleri arasında yer almaktadır. Beş yaşındaki çocukların yaklaşık % 15’inde alt ıslatma görülmektedir. Gece alt ıslatmanın doğasında olan problem aileler için tam bir kâbus haline dönüşmektedir. Öğrencide oluşan özgüven eksikliği bilinçsiz aile yaklaşımları ile birleşince olay, çocuk için daha da içinden çıkılmaz bir hal almaktadır.

Bu çocuklar aile ve sosyal çevre içinde güvensiz, okul ortamında içe kapanık ve çoğu zaman vasat başarı düzeyinde; gezi, kamp aile ziyaretleri gibi etkinliklerde isteksizlik ayrıca pubertenin (ergenlik dönemi) gecikmesi, kronolojik yaşa göre kemik yaşındaki gelişmenin yetersiz olması gibi gelişim sorunları da yaşamaktadırlar.

Bu sebeplerden dolayı sınıf öğretmenleri ve ailelerin alt ıslatma problemini çözmeden okul başarısızlığı, özgüven problemi ve içe kapanıklığı ortadan kaldırmaları çok güçtür.

Problemin aile içinde ve okul ortamında irdelenmemesinin iki temel sebebi bulunmaktadır.

a) Ailelerin problemi önemsememeleri, eğitimcilerle paylaşmamaları veya çözümü zamana bırakmaları.

b) Okulun, alt ıslatma problemi yaşayanların ne şekilde tespit edileceği, veli ve öğrenciye ne tür bir bilgilendirme ve ne şekilde bir yönlendirme yapılacağı noktasındaki bilgi ve yöntem eksikliğinden dolayı bu problemin okul geneli fizibiletisinin ihmal edilmesi ve eylem planının bulunmaması.

Tanımlama

Tanım: Enurezis Nocturna (çocuklarda gece işemesi):

Enürezis terimi, Yunanca idrar yapmak “enourein” sözcüğünden gelmektedir. Tıbbi terminolojide çok uzun zamandan beri altını ıslatmanın her tipi için kullanılan bir kavramdır, idrar kaçırmayı (yatağı ıslatma) tanımlamak için kullanılmaktadır.[3] ‘Nocturna’ kelimesi ise gece anlamına gelmektedir.

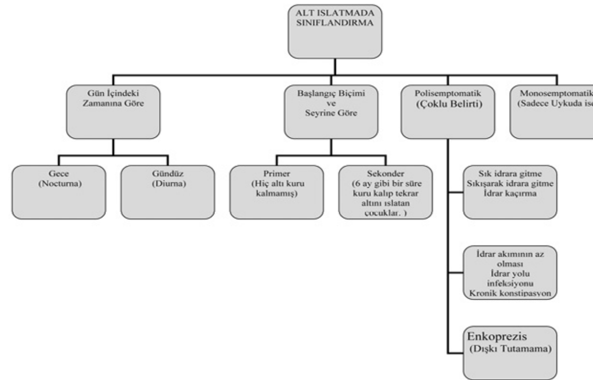
Çocuğunuz beş yaşını doldurmuş ve haftada en az iki gece altını ıslatıyorsa ‘Alt Islatma Problemi’ var demektir.

İstemdışı olan idrar çıkışına enurezis denmektedir. Bu durum daha çok gece uyku esnasında oluştuğundan ‘enurezis nocturna’ adını almaktadır. Beş yaşına kadar çocuğun ara sıra altını ıslatması normal kabul edilir. Ama beş yaşını doldurup hâlâ yatağını ıslatma durumuna enurezis denir. Bu durumdaki çocuklarda teşhisin konulabilmesi için gereken yaş alt sınırı 5’tir.

‘Enürezis Nokturna’ yani gece alt ıslatma olayı DSM-IV (Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders, Fourth Edition-Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Mental Bozukluların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 4. baskısında) tanı ölçütlerine göre; 5 yaşından büyük çocukların, uyku sırasında, tekrarlayıcı nitelikte, istemsiz idrar kaçırması, bu davranışın üç ay süre ile en az haftada iki kez ortaya çıkması, okul ya da sosyal yaşantı ile ilgili bir sıkıntı sebebi olması (toplumsal, mesleki işlevsellikte, okul başarısında düşmeye ve problemlere yol açması) ve durumun tıbbi bir hastalığa (şeker hastalığı, ürolojik veya nörolojik hastalıklar gibi ya da diüretik (idrar söktürücü) gibi başka bir ilacın yan etkisine) bağlı olmaması olarak tanımlanır.[4]

Amerikan Pediatri Akademisi tarafından, gündüz ya da gece, yatağını veya elbiselerini istemsiz olarak ıslatmak, “enürezis” olarak tanımlamıştır. “International Children’s Continence Society” kriterlerine göre ise; idrar kontrolünün kazanılmasının beklendiği yaşta istemsiz olarak ortaya çıkan idrar kaçırma (enürezis) bir hastalık olarak kabul edilir.[5]

Alt Islatma Probleminde Sınıflandırma



(Şekil-1)

‘Gece alt ıslatma’ problemi daha çok erkek çocuklarda görülmektedir

Beş yaşından sonra geceleri yatak ıslatma oluyorsa ‘enurezis nokturna’, gündüzleri idrar kaçırma oluyorsa ‘enürezis diurna’ dan söz edilir. ‘Gece alt ıslatma’ problemi daha çok erkek çocuklarda, ‘Gündüzleri idrar kaçırma’ problemi ise kız çocuklarda sık görülmektedir. Gün içinde giysilerini ıslatanların yaklaşık 1/3’ü sıkışma, acil işeme isteği ile birlikte idrar kaçırma (urgency) problemi yaşamaktadırlar. Bu çocuklar, tuvalete koşarken veya pantolonunu indirirken idrarlarını kaçırırlar. Genellikle kızlarda olup aşırı idrar torbası kasılması öyküsü veya oyuna dalma söz konusudur.

Gece alt ıslatma rahatsızlığı tüm davranış bozuklukları içinde en sık rastlananıdır. Bu konuda Trabzon (1992), Gümüşhane (1993), İzmir (1995) ve Konya (2002) illerinde 800 kişi üzerinde 9 yıl içinde araştırmalar yapılmıştır. Yapılan bu araştırmalara göre; her 100 çocuktan 22’si altını ıslatmaktadır. Aynı araştırmalar, bu oranın ergenlik çağında % 3’e düştüğünü ortaya koymuştur.[6]

Araştırmalardaki bulgulardan anlaşılmıştır ki; altını ıslatma vakıası, kırsal kesimde yaşayan çocuklarda daha sık görülmektedir. Sebebi, düzensiz beslenme ve yetersiz tuvalet eğitimine bağlanabilir.

Çocuklarda, altını ıslatma vakıasının tamamına yakını, gece meydana gelmektedir. Gündüz meydana gelen vakaların oranı sadece % 5’tir. Yine aynı araştırmanın bulgularına göre, altını ıslatma olayı; erkeklerde kızlara göre çok yüksek oranda çıkmıştır. 100 erkek çocuktan 17’si ıslak olurken bu oran kızlarda sadece % 5’dir.

Enürezis (Alt Islatma) Başlangıç Biçimi ve Seyrine Göre İkiye Ayrılır

1. Birincil Grup Alt Islatma Problemi

Problem bebeklikten itibaren vardır ve arada hiç kuru dönem yoktur. İdrar torbası kontrollerini hiç kazanmamışlardır, bir başka deyişle bebekliklerinden beri idrar kaçırmaktadırlar alt ıslatanların % 80-90’ı bu gruptadır.

‘Alt ıslatma’ problemi olan bir çocukta durumun öneminin değerlendirilmesi ve ailenin doğru yönlendirilebilmesi için olayın birincil tip mi, yoksa ikincil tip alt ıslatma mı olduğu ve gündüzleri idrar kaçırma olup olmadığı belirlenmelidir.

2. İkincil Grup Alt Islatma Problemi

En az bir yıllık (bazı kaynaklara göre 6 aylık) idrar torbası kontrolü ve kuruluk dönemi vardır. Çocuk bir dönem tuvalet alışkanlığı kazanmış sonra yeniden altına kaçırmaya başlamıştır. Bunlar idrar kaçırma problemlerinin olmadığı bir dönem sonrasında idrar kaçırmaya başlarlar. En sık 5-8 yaşlarında görülür. Alt ıslatma olgularının % 10-20'sini oluşturur. Kardeş kıskançlığı, zorlu hayat şartları gibi psikolojik sebeplerden kaynaklanabileceği gibi idrar yolu enfeksiyonu ve sistit (idrar torbası iltihabı) gibi organik sebeplerden de kaynaklanabilir.

Birincil gruptaki gece alt ıslatma olayı, erkek çocuklarda kızlara göre iki kat daha fazla görülen bir problemdir. Alt ıslatan çocukların % 15'inde dışkı tutamama, % 15'inde de gündüz idrar kaçırma vardır. Tüm alt ıslatan çocukların yanlızca % 15'inde ikincil grup alt ıslatma olayı söz konusudur, genel olarak iyi bir değerlendirme sonrasında yapılan gruplandırmada alt ıslatan çocukların % 85'inin sadece uyurken altını ıslatan gruptan olduğu görülmektedir.[7]

Hangi Sıklıkta Görülür?

'Gece alt ıslatma' problemi (Enurezis Nocturna) ülkemizde çocuk ruh sağlığı birimlerine en sık başvuru sebepleri arasındadır. Beş yaşındaki çocukların yaklaşık % 15'inde alt ıslatma görülmektedir. Kendi kendine de düzelebilen alt ıslatmanın sıklığı yaş ilerledikçe azalmakta, erişkin yaşlarda % 1 oranında devam etmektedir.

Alt ıslatma ülkemizde çocuk psikiyatrisi polikliniklerine yapılan başvuruların en sık sebepleri arasındadır.

Alt ıslatmanın, yayılımı, sıklığı veya görülme oranı araştırmalar arasında büyük ölçüde değişmekle birlikte, Büyük Britanya'da 5 yaşındaki çocuklarda % 10 (her 10 çocuktan biri), 8 yaşındaki çocuklarda % 4 (her 25 çocuktan biri) ve 14 yaşındaki ergenlerde %1 kadardır. Alt ıslatma ülkemizde çocuk psikiyatrisi polikliniklerine yapılan başvuruların en sık sebepleri arasındadır. Ankara'daki Çocuk Ruh Sağlığı bölümlerine getirilen çocuklardaki alt ıslatma oranı % 18-21 civarındadır.

Wekke ve arkadaşlarının Hollanda'da alt ıslatmanın görülme oranını değerlendirmek için yaptıkları çalışmada 5-6 yaş grubunda %15, 13-15 yaş grubunda % 1 olarak rapor edilmiştir. 5-15 yaş arası çocuklar için genel

görülme oranı %6 bulunmuştur. Alt ıslatmanın Hollanda'lı çocuklara göre orada yaşayan Fas'lı ve Türk çocuklarda daha yaygın olduğu (% 14) gösterilmiştir.

Aynı araştırmada zeka gelişimi geriliği sebebiyle özel eğitim alan çocuklarda; normal eğitim alanlara göre daha sık gece alt ıslatma görüldüğü bildirilmiştir. İlginç olarak zeka gelişimi geriliği dışında farklı sebeplerle özel eğitim veren okullara giden çocuklarda da, normal okul çocuklarına göre gece alt ıslatma sıklığı daha yüksek bulunmuştur.[8]

Endişe etmeyin çevrenizdeki ailelerin de en az %10'u sizinle aynı problemi yaşıyor.

Çeşitli kaynaklarda % 5-15 gibi sıklık oranları bildirilmekte, ülkemizde okul çocuklarında yapılan çalışmalarda % 20-30 gibi oldukça yüksek oranlar saptanmaktadır.[9]

Yapılan araştırmalara göre 5 yaşındaki erkek çocuklarda gece işemelerinin sıklığı % 7; kızlarda aynı yaşta % 3 olmak üzere toplamda bu yaş grubunda % 10 olarak saptanmıştır. Bu oranlar 10 yaşında erkeklerde % 3'e; kızlarda % 2'ye düşmektedir. 18 yaşına gelen erkeklerde % 1, kızlarda ise biraz daha düşük bir yüzdede sürebilmektedir. Bu çocuklarda yaşıtlarına göre gelişim gecikmeleri de saptanmıştır. 5 yaş sonrasında tedavisiz kendiliğinden iyileşme oranı % 5-10 arasında bulunmuştur.

Erkek çocuklarda kız çocuklardan daha fazla görülür. Ergenlik döneminde cinsiyet yönünden eşitlenir. 18-64 yaş arası sağlıklı erişkinlerin % 0,5'i düzenli olarak yataklarını ıslatırlar. Dolayısıyla alt ıslatma problemi, sınırlı ölçüde de olsa erişkin popülasyonu ilgilendiren bir sağlık problemi, aynı zamanda bir toplumsal problemdir.

Kendiliğinden Geçer mi?

Evet, kendiliğinden geçer ancak ne zaman?

DİKKAT!

Organik sebepli bir alt ıslatma probleminin varlığında çocukta bu durum böbreklerin iflasına kadar gidebilir.

Aile de bu probleme çocukla beraber 16-18 sene birlikte katlanmayı göze alıyorsa evet geçer. Zira 1129 altını ıslatan çocuğun % 3'ünün 20 yaşında hala alt ıslatmaya devam ettiğini gösteren araştırma bulguları vardır.[10] Tedavi edilmediğinde bile gece alt ıslatmanın yılda ortalama % 15 oranında

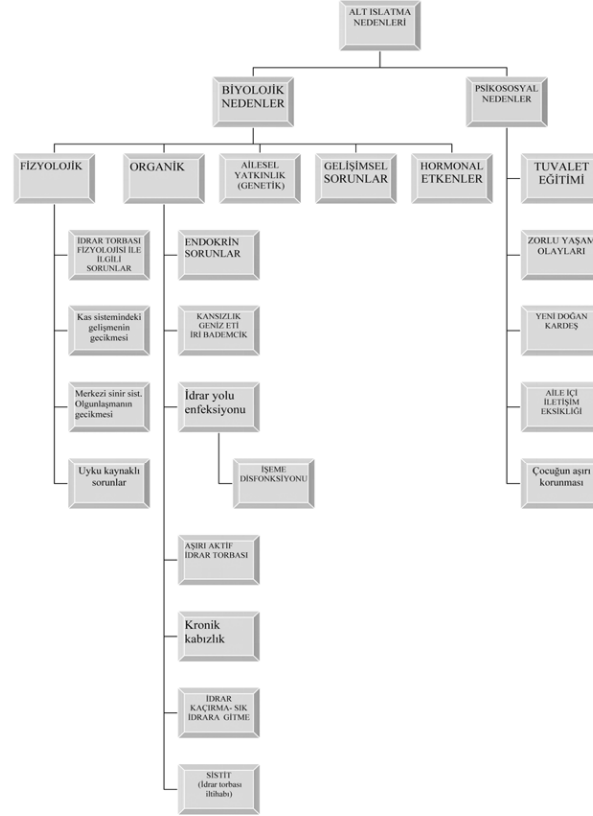
spontan iyileşme (doğal) gösterdiği kabul edilmektedir. Ancak bu tam bir çözüm değildir. Çünkü adolesan (ergen) ve erişkinlerde bu oran % 1-2 olarak devam etmektedir. Yaş ilerledikçe spontan (doğal kendi kendine) iyileşme oranları azaldığından, çocuklara güvenle alt ıslatma probleminin düzeleceğini söylemek yetersiz kalacaktır. Birçoğu iyileşecektir ancak bir kısmı eğer hiçbir şey yapılmazsa düzelmeyeceklerdir.[11]

Günümüzde her problemin bir çözümü var iken çocuk ne diye 18-20 yaşlarına kadar böyle bir problemle beraber yaşasın? Ayrıca 18 yaşına kadarki sürede çocuğun sosyal yönü büyük ölçüde baltalanmakta zira sosyal etkinliklere, yatılı programlara, gezilere katılamadığı için sürekli kendinde bir eksiklik hissetmekte ve sonuçta özgüven kaybına uğramış, sürekli tedirginlik yaşayan bir birey olarak ergenlik dönemini geçirmektedir.

Ayrıca organik sebepli bir alt ıslatma probleminin varlığında çocukta bu durum böbreklerin iflasına kadar gidebilir. Bu yüzden bu kılavuz kitap ile bu problemin nerelere kadar ulaşabileceğini örnekleyerek ailelerde farkındalık oluşturmak ve zamana bırakmaktan ziyade acilen müdahale edilmesi gerekten bir problem olduğunu kavratmak hedeflenmiştir.

Alt Islatma Sebepleri Nelerdir?

Alt ıslatma sebeplerini belirlemek güçtür. Sebep olarak birçok varsayım ileri sürülmektedir. (Şekil-2)



(Şekil-2)

A. Biyolojik Sebepler

1. Ailesel Yatkınlık (Genetik)

Enürezis de (alt ıslatma probleminde) kalıtımsal etmenler önemlidir. Fakat geçişin nasıl olduğu henüz belirlenmiş değildir. Yapılan araştırmalar alt ıslatma probleminin de ailesel bir yatkınlık olduğu görüşünde birleşmektedir. Alt ıslatan çocukların % 70-75'inin birinci dereceden akrabalarında devam eden alt ıslatma veya geçmişte alt ıslatma olduğu bildirilmektedir.[12]

> *Alt ıslatan çocukların %70-75'inin birinci dereceden akrabalarında devam eden alt ıslatma veya geçmişte alt ıslatma olduğu bildirilmektedir.*

Çocuğun hem annesi hem de babası geçmişte alt ıslatma problemi yaşamış ise bu durumda çocuklarında da aynı problem % 77 oranında görülecektir. Ebeveynlerinden sadece birinin bu problemi yaşamış olması durumunda çocukta % 46, anne babasından hiçbirisinin geçmişte böyle bir problemi yaşamamış olması durumunda ise sadece ise % 15 alt ıslatma

olasılığı mevcuttur.[13] 3206 çocuğun incelendiği İskandinavya araştırmasında, anne çocukluğunda böyle bir problemi yaşamış ise çocukta alt ıslatma ortaya çıkma riskinin 5.2 kat, baba çocukluğunda böyle bir problemi yaşamış ise aynı olasılığın 7.1 kat arttığı bulunmuştur.

Altını ıslatmanın % 70 oranında birinci derece akrabalarda da görülmesi, tek yumurta ikizlerinde oranın yüksek olması (Tek yumurta ikizlerde eş hastalanma (konkordans) oranının % 69, çift yumurta ikizlerde % 2-30 olduğu saptanmıştır.) gibi verilere dayanılarak, kalıtımın tesiri yani genetik yatkınlık kabul edilmektedir.[14]

Alt ıslatma problemini önemseyin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir araştırmaya göre, aile öyküsü Türkiye'deki alt ıslatanlar için de tipik bir özelliktir ve araştırma serisinde bu oran % 76'dır. Ayrıca klinik gözlemlerde aile öyküsünün, Türkiye'de ailelerin 'alt ıslatma' problemine yaklaşımını yönlendiren önemli bir faktör olduğu da tespit edilmiştir.

Anne babada geçmişte alt ıslatma öyküsü varsa ailelerin, çocuklardaki alt ıslatmayı fazla önemsemediği, geçmişte kendilerinde veya önceki çocuklarında olduğu gibi spontan (kendiliğinden) geçmesini bekledikleri, bu sebeple başvuru yaşının geciktiği görülmüştür.[15]

2. Fizyolojik Problemler

a) 'İdrar Torbası' Fizyolojisi Kaynaklı Problem

İki yaşındaki bir çocuğun idrar torbasının gerçek hacmi henüz oldukça küçüktür.

Ancak 4 yaşındaki bir çocukta idrar torbası, gece boşalmayacak kadar yeterli genişlemeye erişir.

5 yaşındaki bir çocuk ise refleks olmaktan çok, istemli olarak idrar yapma yeteneğini kazanır ve idrarını istemli olarak durdurması mümkündür.

> *Ancak 4 yaşındaki bir çocukta idrar torbası, gece boşalmayacak kadar yeterli genişlemeye erişir.*

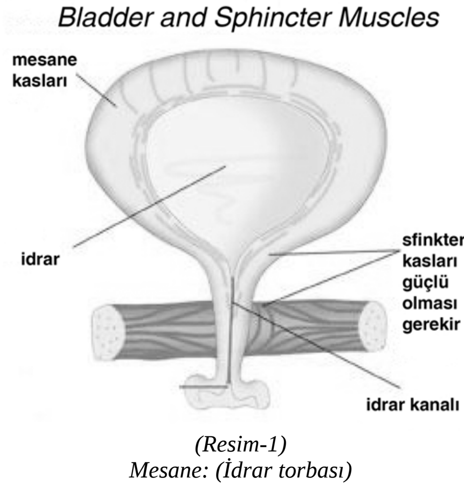
Alt ıslatan çocukların ise işlevsel idrar torbası kapasitesinin daha düşük olduğu, internal sfinkterin (iç kaslar) denen idrar torbası çıkışındaki kasların

tam olarak işlev görmesinin normalde en geç 6 yaşında tamamlanmasına karşın alt ıslatma problemi olanlarda bu sürenin uzadığı bildirilmiştir.

Buradaki problem bu çocukların idrar torbalarının tam dolmadan iradelerinin dışında kasılmasından kaynaklanmaktadır.

Alt ıslatan çocukların gerçek idrar torbası kapasiteleri, anestezi ile idrar torbası kasılmaları ortadan kaldırıldığında normaldir. Fakat uyanıklık sırasında idrar torbası, gerçekten dolu olmadan kasılmaya başlar. Yani idrar torbası tam dolmadan, boşalma ihtiyacı ile ilgili işaretler gönderir. Bundan dolayı, yukarıdaki sebepten kaynaklanan alt ıslatma problemi olan çocuklar gündüz sık fakat küçük miktarlarda idrar yaparlar. Aynı kasılmalar gece uykusu sırasında da olur ve belki de daha kuvvetlidir. Bazen de çocuğun idrar torbası çıkış noktasındaki kaslarının (Resim-1) gücü normalden azdır. Bu durumda gece idrar torbası kasılır ve idrar torbası çıkış noktasındaki iç kaslar gevşerse, çocuk altını ıslatır.[16]

Gece altını ıslatan çocukların en az beşte birinde gündüzleri sık idrar yapma, acil idrar yapma, sıkışarak wc ye koşma gereksinimi şeklinde sıra dışı bir idrar torbası fizyolojisini yansıtan bulguları vardır.[17]



(Resim-1)
Mesane: (İdrar torbası)

Not: (ek bilgi) External sfinkter & İnternal sfinkter: Makatta büyük abdestimizi tutmamızı sağlayan idrar torbasında da gene idrar sızmasını engelleyen 2 şer adet kas (sfinkter) vardır. Bunlar dış (external) ve iç (internal) kaslardır. Dış kas bizim kontrolümüzdedir. Büyük abdest yapmak istediğimizde ya da idrar yapmak istediğimizde biz dış kası açarız. Çizgili kas liflerinden oluşan bu kas 1 cm. uzunluğundadır. Ancak bu kaslar yeterli gelişim düzeyine ulaştıktan sonra idrar ve dışkı kontrolü sağlanabilir. Çocuk

5 yaşına gelmiş ve hâlâ bu kaslar gelişmemişse burada problem olduğu anlamına gelir.

b) Kas Sistemindeki Gelişmenin Gecikmesi

Bazı çocukların ‘kas sistemi’ yani idrar torbalarının çıkışındaki ve normalde çocuğun kontrolünde olması gereken kasları, zamanında gelişmeyebilir (Resim-1). Bu tür çocuklara, kas sistemini geliştirme egzersizlerinin yaptırılması uygun olur. Bu egzersizler, idrar boşaltma esnasında yaptırılır. Çocuk, idrarını bir defada boşaltmaz. Boşaltım sırasında, en az 3 defa idrarını keserek kas kontrolünü geliştirir. Bu çalışma, bir uzmanın yaptığı program çerçevesinde olursa daha yararlı olacaktır. Bu egzersizlerin yapılması idrar ve dışkı atımının kontrolünde bu problemi yaşayan çocuklar için gereklidir.

c) Merkezi Sinir Sistemindeki Olgunlaşmanın Gecikmesi

Merkezi sinir sisteminin olgunlaşması gecikirse, uyku sırasında idrar kesesi kasılmaları baskı altına alınamaz. Bunun sonucunda, altını ıslatma olayı meydana gelir. Merkezi sinir sistemi, belli bir zamandan sonra, doğal olarak olgunlaşacak ve bu problem, kendiliğinden ortadan kalkacaktır.

d) Uyku Kaynaklı Problemler

- Uyanma bozukluğu: Uykuda dolu idrar torbasının algılanıp uyanılmasında güçlük çekilmesi,
- Çocuğun uykusunun çok ağır olması da, gece altını ıslatmasına sebep olur.
- Çocuğun çeşitli kaygıları çocukta depresyon yapabilir bu da uykunun ağırlaşma sebeplerinden biridir.

Altını ıslatan çocukların uykusu çok derindir. Derin uykuda idrar torbasının büzücü kasları gevşemektedir. Beyinin verdiği işeme uyarısı, çocuğu uyandırmaya yetmediğinden çocuk, altını ıslatmaktadır.

Anne ve babalar, çocuklarının genelde uykuya daldıktan 1-1, 5 saat sonra altlarını ıslattıklarını ifade etmektedirler.

Uyku evreleri ve alt ıslatma arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışmalarda, alt ıslatmanın derin uykuda ortaya çıktığı ve rüya eşdeğeri olduğu ileri sürülmüştür. Daha yeni çalışmalarda ise alt ıslatmaya uyanıklık sinyallerinin öncelik ettiği, delta uykusundan (uykunun ağır, beynin

yavaşladığı anlar) köken aldığı ve uyanma ile ilgili bir bozukluk olduğu vurgulanarak, her uyku döneminde görülebildiği gösterilmiştir.

Bunu destekleyen daha sonraki çalışmalarda uykunun her fazında olabildiği kanıtlanmıştır .[18]

Altını ıslatan çocukların ileri derecede derin uykuları olduğuna inanılmakla birlikte, uyku EEG (elektro ensefalo grafisi) çalışmaları, bunlarda derin uykunun temel yapısı ile herhangi bir anormalliğin olmadığını göstermiştir. Ebeveynler, problemin daha çok çocuğun derin uykusundan dolayı olduğuna inanırlar. Bu algılama muhtemelen, ebeveynlerin çocuğu idrar yaptırmak için kaldırmaktaki güçlüklerinden ileri gelmektedir. Fakat altını ıslatma problemi olmayan çocukların da geceleri uyandırılmaları aynı derecede güçtür. Birçok araştırmacı, alt ıslatmanın gecenin ilk üçte birlik kısmında ve yavaş dalga uykusu sırasında olduğunu bildirmektedir.

Son yapılan çalışmalarda uyku kalıbının normal olduğu gösterilmekle birlikte, alt ıslatanların normal çocuklar gibi idrar torbası dolduğunda neden uyanıp idrar yapmadıkları hâlâ cevabı verilememiş bir sorudur.[19]

3. Organik Problemler

Organik olmayan bir sebepten dolayı idrar tutamama enürezis (alt ıslatma) olarak adlandırılırken, organik bir rahatsızlık sebebiyle idrar tutamamaya ise idrar inkontinansı (kontrolsüz, istemeden idrar yapma ve kaçırma durumu) adı verilir.[20]

a) İdrar Kaçırma - Sık İdrara Gitme

Öncelikle işeme süreçlerinin tanımını yapmak gerekirse: Üriner sistem böbrekler, idrar kanalları (üreterler), idrar torbası (mesane) ve boşaltıcı kanal (üretra) dan oluşur.

Bebeklerde İşeme: Refleks İşeme

Bebeklerde işeme süreci basitçe şu şekilde işler:

- İdrar torbası belirli bir doluluğa ulaştığında kasılmalar başlar.
- Kasılmalar beyin tarafından engellenemez.
- İdrar torbası refleks olarak boşalır. (İradi değildir)

• İdrar torbası tamamen boşaltılır.

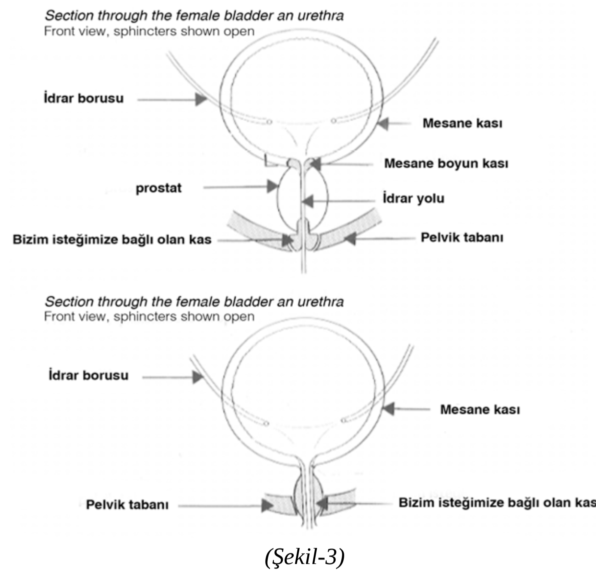
Erişkinlerde normal işeme (Şekil-3)

• İdrar torbası dolmaya başladığında, idrar torbası kasılmaları istemli olarak engellenebilir. Uygun zaman ve ortamda işeme istemli olarak başlatılabilir.

İdrar torbasını destekleyen kaslar gevşer, idrar torbasını çevreleyen kas kasılır.

NOT: İdrar yapma olayı, idrar torbası tabanında dairesel yerleşen kas tarafından kontrol edilir ki bu kas normalde idrar akımını durduran, idrar kaçmasını engelleyen bir yapıdadır. Bu kas, balonun ucundaki bir bağ gibi genelde kapalıdır, böylece idrar kaçırma engellenir. Bu kası gevşettiğimizde idrar torbası çıkımı açılır ve aynı zamanda idrar torbası duvarındaki adale kasılır ve idrarı dışarı iter. İdrarın tümü boşaldığında, kas yeniden kapanır ve idrar torbası duvarındaki kas kasılması biter ve gevşer.

İdrar torbasındaki idrar vücut dışına 'üretra' denilen küçük bir tüple atılır. Buna idrar yolu da denir. (üretra erkekte penis içinde seyreder penis ucundan açılır, kadında daha kısadır ve vajenin hemen yukarısına açılır.)



(Şekil-3)

En üstteki şekil erkek çocuk idrar torbası, altta kız idrar torbası.

Çocuklarda İdrar Torbası Kapasitesi

• Erişkin idrar torbası kapasitesi 500-600 mL.

• Çocuklarda idrar torbası kapasitesi

- MK= (yaş +2) x 30 mL
- Örnek: 6 yaş= (6+2)x30= 240 mL

Bu hacmin yarısına yaklaşılınca idrar yaparak idrar torbasını boşaltma isteği duyulmaya başlanır. İdrar torbasının kapasitesinin çok üstünde idrarı gerilerek depolama yeteneği vardır ancak bu durum ağrı oluşturur.

Normal bir insan günde 1200-1700 ml kadar idrar çıkarır. Bu miktar bazı durumlara bağlı olarak değişir.

İçilen su miktarı, beslenme tarzı, diüretik kullanımı, kullanılan ilaçlar, ortamın sıcaklığı, kan basıncına bağlı olarak idrar miktarı ve niteliği değişir.

İdrar Torbası Kontrolünün Gelişimi

Bir çocuk normal gelişim sürecinde; önce gece dışkı kontrolü, sonra sırasıyla gündüz dışkı kontrolü, gündüz idrar kontrolü ve gece idrar kontrolünü kazanır.[21]

Çocukluk çağında kişisel farklılıklar bir yana bırakılırsa, idrar torbası kontrolünün fizyolojik gelişimi dört evrede incelenebilir.

1) Birinci evre: ilk altı aylık dönemde gece ve gündüz işemeleri kasılmaları engellenemeyen refleksler ile sağlanır. Fetus ve yeni doğan, idrar torbasındaki idrarı idrar torbası düz kasının refleks kasılmaları ile sık aralıklarla (günde 20 kez) kontrolsüz olarak boşaltır.

2) İkinci evre: 6-12 aylık dönemde idrar torbasının boşalmasında reflekslerin önemi azalmaya başlar. İdrar yapma sayısı seyrekleşir ve idrar miktarı artar.

3) Üçüncü evre: 1-2 yaş döneminde idrar torbası doluşunun bilinçli olarak hissedilmesi ile işeme sayısı giderek azalır. Daha sonra, işemeyi belirli bir zaman sonrasına erteleyebilme yeteneği kazanılır. Bu dönemde idrar torbası kasılmalarının, merkezi sinir sisteminin etkisi ile baskılanması belirgin olarak artar.

4) Dördüncü evre: 3-5 yaş döneminde normal idrar torbası doluş hissi ortaya çıkar. Artık işeme arzusu hem bilinçsiz, hem de istemli olarak engellenebilmektedir. İdrar torbası tam dolu olmasa da istemli olarak işeme başlatılabilir. Ortalama dördüncü yaşla birlikte çocukların büyük çoğunluğu (% 85) erişkin işeme durumuna gelir.[22]

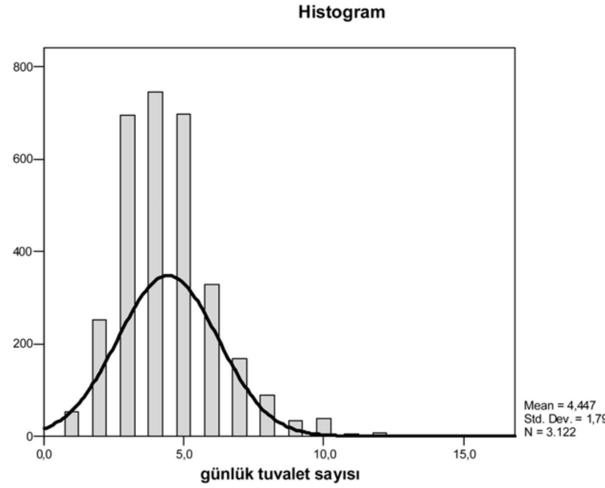
Çocuklarda İdrar Torbası Kontrolünün Yaşlara Göre Gelişimi

Bebek Refleks işeme günde 12-20 kez
1-2 yaşİdrar torbası doluluğunu fark eder
2-4 yaşİşeme sırasında idrarını tutabilme
4-5 yaşİstemli işeme
6-7 yaşGerektiğinde idrar tutar. Erteleyebilir.

2-4 yaşta yeterli kas kontrolü kazanılır ve 4 yaşından sonra çocuklarda normal işeme sistemi oluşur. İki yaşındaki çocukların % 25'inde, 2. 5 yaşındaki çocukların % 85'inde, 2-4 yaş arasındaki çocukların % 98'inde gündüz idrar kontrolü kazanılmıştır.

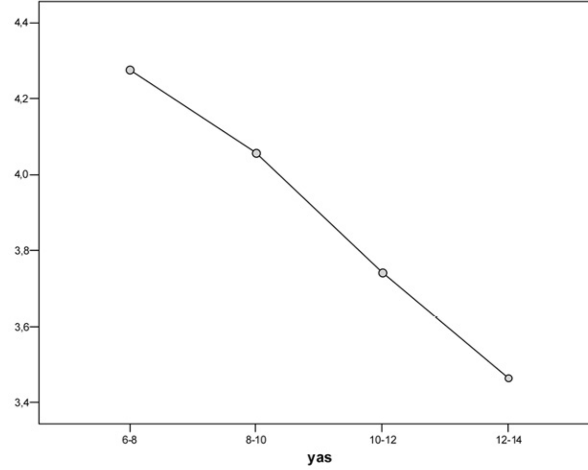
Ne kadar "sıklık", sık idrara gitme olarak tanımlanmalıdır?

6-14 yaş arası çocuklarda günlük işeme sayısı (Şekil-4)



(Şekil-4) 3122 çocuğun katıldığı uygulamada günlük wc. ye çıkma ortalamaları 4, 4 kez olarak tespit edilmiştir.[23]

Yaşlara göre günlük ortalama işeme sayısı: Aşağıdaki şekilde de (Şekil-5) görüldüğü gibi 6-8 yaşlarında günlük işeme sayısı 4, 4 iken 12-14 yaşların da ise bu sayı 3, 4 olarak tespit edilmiştir.



(Şekil-5)

b) Aşırı Aktif İdrar Torbası (Kasılması Engellenemeyen İdrar Torbası)

Çocuklarda en sık görülen işeme bozukluğudur. 5-7 yaş grubunda sıklıkla görülür.

Eğer çocuğunuzda gündüz idrar kaçırma, sıkışarak idrara gitme, küçük miktarlarda sık sık işeme, yatak ıslatma, kabızlık ve idrar yolu infeksiyonu gibi sıkıntılar yaşıyorsanız acilen bir Çocuk ürologu veya Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına başvurunuz. Zira bu çocuklarda vezikoüreteral reflü durumuda sıktır.

Aşırı aktif idrar torbası yani hiperaktif ya da kasılması engellenemeyen idrar torbası problemi olan çocuklarda aşağıdaki olaylar gözlemlenir:

- İdrar torbası tam dolmadan beyine idrar torbasının dolu olduğu uyarısı gider.
- Bazı çocuklar sık sık tuvalete gider ve idrar kaçırmayabilir.
- Bazı çocuklar sık sık idrar kaçırır.

İdrar torbasının burada en küçük bir uyarıyla kasılmasının sebebi bilinemememektedir.

İdrar torbasına gelen sinirlerdeki bir problem, bu sinirlerdeki bir hastalık buna yol açıyor ve bu sayede idrar torbası aşırı derecede kasılıyor. Yani normalde sağlıklı bir insan idrar torbasına idrar dolarken, bunu hissetmeden idrarı belli bir seviyeye kadar biriktirebiliyor. Ancak aşırı aktif idrar torbası rahatsızlığı bulunan çocuklar, bu idrarı idrar torbalarında biriktiremiyorlar.

İdrarları gelir gelmez, hatta idrar torbalarına çok az bir idrar gelse bile hemen idrar keseleri kasılıyor ve tuvalete gitme ihtiyacı duyuyorlar.

Aşırı Aktif İdrar Torbası Problemi, Günlük Yaşantıyı da Olumsuz Etkiliyor

Aşırı idrar torbası kasılmalarından dolayı çocukların sık sık tuvalete çıkma ihtiyacı hissettikleri gözleniyor. Bu çocuklar günde 15-20 kez tuvalete gidebiliyorlar. Gece uykularından idrar şikayetleri yüzünden 5-6 kez uyanabiliyorlar. Bunun sonucunda da çocukların hayat kaliteleri önemli ölçüde düşmektedir.

Kişiler, sosyal hayatlarında hiçbir şey yapamıyorlar, bir yere yolculuk edemiyorlar, otobüse binemiyorlar, arabayla bir yere gidemiyorlar, sinemaya, alışverişe, gezmelere gidemiyorlar, kısacası sosyal hayatları neredeyse tamamen durduğu için bu çocukların hayat kaliteleri oldukça düşüyor Aşırı aktif idrar torbası hastalığı, başvuracağınız çocuk cerrahları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından yapılan ürodinami testinde kolaylıkla tanısı konan ve uygun ilaçların kullanımıyla tedavisi mümkün olan bir hastalık türüdür.

c) Endokrin Kaynaklı Problemler

Şeker veya yalancı şeker hastalığında da, çok su içmeye bağlı gece işemeleri olur.

1- Yalancı şeker (Diabetes İnsipudus): Yalancı Şeker, beynimizdeki hipofiz bezinin arka lobundan vasopressin (Antidiüretik hormon=ADH)adı verilen bir hormon salgılanır. Bu hormon düz kasların kasılmasını sağlar ve kan basıncını artırır. İdrarla atılan su miktarını kontrol eder. Eksikliğinde ise, Şekersiz Diyabet=Diabetes İnsipudus görülür. Bu da gece işemelerine azda olsa sebep olabilcek ihtimallerden biridir.

2- Şeker hastalığı (Diabetes mellitus): Şeker hastalığı, yüksek kan şekeri değerleriyle bağlantılı kronik bir hastalık.

Her iki durumdada çok su içmeye bağlı gece işemeleri olabilir.

d) Geniz Eti, Kansızlık, İri Bademcikler

Alt ıslatan çocuğa sahip olan aileler bu probleme yol açmış olabilecek tüm ihtimalleri bilmek mecburiyetindedir.

Alt ıslatmanın birçok sebepten kaynaklanabilecek bir rahatsızlık olduğunu unutmamak gerekir. Bu yüzden normal çocuk üroloğuna ya da ürologa götürüldükten sonra bir de KBB uzmanının kontrol etmesi yerinde olur. Zira kansızlık, geniz eti gibi durumlar uyku esnasında kandaki oksijenin azalmasına (hipoksi) ve karbondioksitin fazlalaşmasına (hiperkapni) sebep olur. Bu durumda uyku çok ağırlaşır ve merkezi sinir sisteminin bütün sistemler üzerindeki kontrolü çok zayıflar. Sinir ve kas sisteminin hâkimiyetinin azalmasıyla da gece işemesi meydana gelir. Aileler ise hiçbir zaman alt ıslatma probleminin kansızlık, geniz eti ya da iri bademcikten de kaynaklanmış olabileceğini düşünmezler. Oysa son yıllarda geniz eti problemi olan çocuklarda yüksek oranda altını ıslatma görüldüğü ve ameliyat sonrası yakınmalarının geçtiği üzerinde durulmaktadır.

Dr. Müjgan Keskin Gökduman'ın Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde alt ıslatma problemi yaşayan 149 çocuk üzerinde yaptığı araştırmada bunlardan 41'inde (% 27, 5) soluk yolunun tıkanmasından kaynaklanan uyku sırasında zaman zaman kısa aralıklarla solunumun durması yakınması tespit edilmiştir.

Uyku apnesi (uyku sırasında zaman zaman kısa aralıklarla solunumun durması) ve horlaması olan bazı alt ıslatan çocuklarda bu belirtiler, büyümüş bademciklere ve geniz etine bağlı olarak, hava yolunun tıkanmasından kaynaklanır. Bademciklerin ve geniz etinin cerrahi olarak alınması ve bu tip vakaların birçoğunda, % 75 oranında alt ıslatma iyileşmeyle sonuçlanır.[24]

Hatay Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesinde yapılan araştırma bulguları da bunu desteklemektedir. Soluk almayı engelleyecek düzeyde bademcik ve geniz eti olup da bunlardan ameliyat olan 300 çocuk üzerinde yapılan araştırmada bunların 92 tanesinin (% 31) ameliyat öncesinde gece alt ıslatma problemi yaşamış oldukları tespit edilmiştir. Uyku sırasında soluk alıp vermeyi engelleyecek derecede iri bademcik veya geniz eti olan çocuklar 2. 38 kat daha fazla gece alt ıslatma riski taşımaktadır.[25]

e) İdrar yolu Enfeksiyonları

İdrar kaçırma ve alt ıslatmanın bir sebebi de çocuklarda sık görülen idrar yollarındaki enfeksiyonlar olmaktadır. Aileler çoğu zaman yaşanan alt

ıslatma problemin idrar yollarındaki enfeksiyonlardan kaynaklanmış olabileceğini düşünmemektedir.

İdrar yolu enfeksiyonu 'İkincil Grup Alt Islatma' vakalarının en önemli sebeplerinden birisidir

İdrar yolu enfeksiyonları yerleşme yerine göre 2 grupta ele alınabilir:

1- Aşağı üriner sistem enfeksiyonları: Sistit (idrar kesesi iltihabı) ve Üretrit (alt boşaltım kanalı iltihabı)

2- Üst üriner sistem enfeksiyonları: Akut pyelonefrit (böbrek iltihabı ve Böbrek apseleri)

İdrar yolu enfeksiyonları ve bunlara bağlı alt ıslatma ya da idrar kaçırmanın temelinde aşağıda yer alan iki problemden biri yatmaktadır:

1- İşeme Disfonksiyonu yani işeme olayının tabiatının normal düzeninin bozulması ve bunun sonrasında idrar torbasıdan böbreğe idrar geri kaçışının yaşanması. (reflü)

2- Temizlik eksikliğinden kaynaklanan problemler.

İdrar yolu enfeksiyonuna ve dolayısıyla da alt ıslatmaya sebep olan bu iki problem hakkında bilgi sahibi olmak gereklidir.

1. İşeme Disfonksiyonu (İşeme Sisteminin Bozulması)

Tanımı: Gündüz idrar kaçırma + sıkışarak idrara gitme

Eğer çocuğunuzda;

- Sıkışarak tuvalate gitme, sıkışma sırasında idrar kaçırma
- İdrar torbasını tam boşaltamama
- İdrar torbasının tam boşaltılmadan işemenin kesilmesi
- Az miktarda idrar yapma
- Günde yediden fazla tuvalete gitme
- Haftada 3 den fazla idrar kaçırma ve
- Gecede birden fazla idrar kaçırma oluyor ise

Psikolojik danışman olarak tavsiyemiz hiç beklemeden bu durumu uzman bir doktor ile özellikle Çocuk Cerrahı, Çocuk üroloğu ya da Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile paylaşmanızdır.

Çocuklarda İşeme Sisteminin Bozulmasının Sebebi?

• Çocuğun işeme eğitimini zamanında yanlış alması sonucunda idrar torbası boşaltma aşamasında idrar torbası tabanında idrar tutmaya yarayan ve normalde işeme esnasında gevşemesi gereken kaslarını (sfinkter ve pelvik taban kaslarını) kasarak idrarını yapmasıdır (bkz. Şekil-7. a). Çocuklar aralıklarla işeme ve işeme sonrası idrar torbasını tam boşaltamama durumuyla karşı karşıyadır. Çocuk idrar torbasını kasarken aynı anda yapılmaması gereken idrar torbası çıkışındaki kaslarını da kasması sonucunda bu durumu yaşar. (Şekil-6).

Bunun sonucunda dışarıya tahliye edilemeyen ve sıkıştırıldığı için yüksek basınca sahip olan idrar ya idrar kesesi iltihabına (sistit), ya da böbreğe geri kaçarak böbrek iltihabına sebep olur. Her ikisinin de sonucunda alt ıslatma ve idrar kaçırma problemi gözlenir.



(Şekil-6)

Çocuğunuz tuvalete gitmeyi geciktiriyor mu?

• İdrar kesesi kasılmalarının engellenmesi

Bu problemi yaşayan çocuklar İdrar torbası kası kasılması başlayınca idrarını tutmaya çalışır ve işemeyi ertelerler.

Değişik manevralar yaparlar. Vincent belirtisi. Bkz. (Şekil-7)

İdrarı tutmak için idrar torbasını destekleyen kasları sürekli çalıştırmak zorunda kalırlar

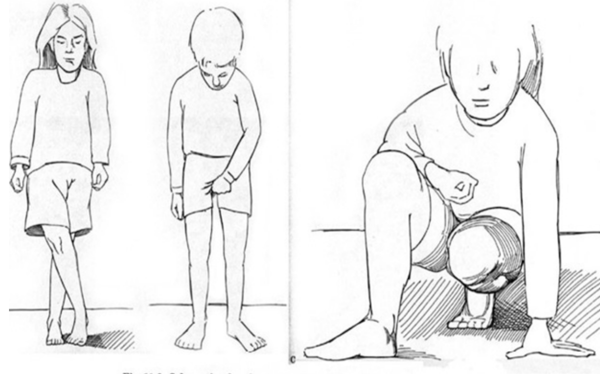
Normal işeme fizyolojisi bozulur.

Bu aynı zamanda idrar torbasında bakteri çoğalmasını artıran bir duruma yol açabilir;

Az idrara gitme,

İdrar torbasını tam boşaltamama,

Bunların her ikisi de bakteri çoğalmasının sebepleridir ve gene bunların sonucunda alt ıslatma problemi oluşabilir.



(Şekil-7) Vincent belirtisi

Eğer Çocuğunuz Sık Sık İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçiriyor İse Dikkat!

Bu durumda aşağıdaki bozukluktan şüphelenilmeli ve çocuk en kısa zamanda uzman bir doktora muayene ettirilmeli, tahlillerinin yapılması sağlanmalıdır.

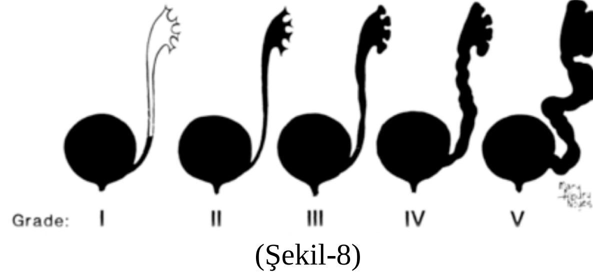
Vezikoureteral reflü (idrar torbasıdan böbreğe idrar geri kaçışı): çocuklarda böbrek yetmezliği sebepleri arasında ilk sıralardadır ve idrar sondası takılarak çekilen röntgen tetkiki dışında tanınması son derece zordur. Bu sebeple sık idrar yolları enfeksiyonu geçiren çocuklarda bu filmin mutlaka çekilmesi gerekir

İdrar yolu enfeksiyonu çocuklarda en sık görülen enfeksiyonlar arasındadır. **İdrar yolu enfeksiyonu böbreği de etkilerse böbrekte kalıcı doku yıkımı yaparak işlevlerini bozar**. Tekrarlayan enfeksiyonlar böbreklerin tamamen kaybına sebep olabilir. İşte çocuklarda görülen 'tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu' sebepleri arasında ilk sırada vezikoureteral reflü (VUR) bulunur.

Böbreklerde yapılan idrar, 'üreter' denen uzun tüpler yoluyla idrar torbasına taşınır ve üretra (idrar kanalı, idrar yolu) yoluyla dışarı atılır. İdrar torbası doldukça tek yönde çalışan kapak mekanizması ile idrarın tekrar böbreklere kaçması engellenir. Normalde idrar torbasına gelen idrarın tekrar geriye idrar tüplerine ve böbreğe dönmesi bu yüzden mümkün değildir. Ancak bu geri kaçışı engelleyen mekanizma bozulursa idrar geriye kaçarak idrar torbasındaki enfeksiyonun böbreklere yerleşmesini kolaylaştırır. İşeme esnasında geriye kaçan idrar atılamayıp böbreklerde birikir, basıncı arttırarak zarar verebilir, ayrıca, bakteriler daha uzun süre boşaltım sisteminde kalma ve çoğalarak hastalık yapma imkanı bulurlar. İdrar

boşaltım sisteminin bu enfeksiyonun etkenlerine karşı en etkili savunma silahı, bir seferde içindeki tüm idrarı boşaltmasıdır.

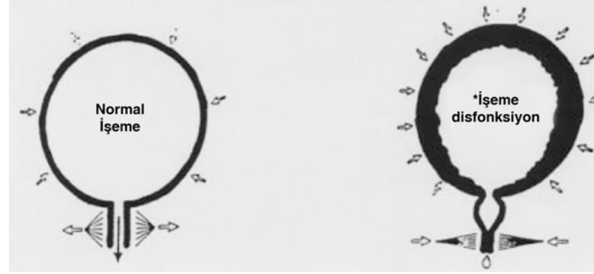
Çocuklarda Vezikoureteral reflü kısaca (VUR) denilen problem farklı derecelerde olabilir. bkz. (Şekil-8)



(Şekil-8)

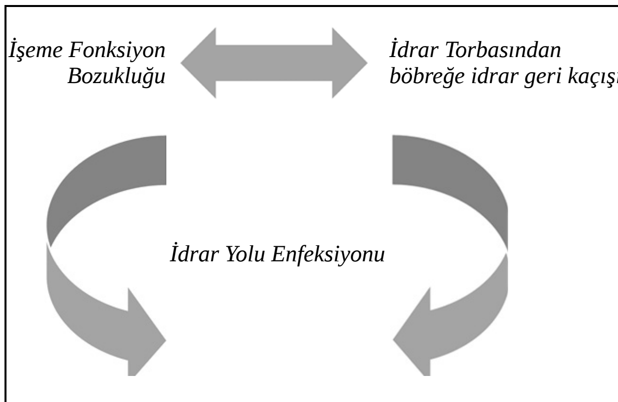
Hafif tiplerinin kontrol altında kendiliğinden geçmesi bir süre beklenebilir. Ağır tipleri veya kendiliğinden geçmeyip enfeksiyonla birlikte olanlar cerrahi olarak tedavi edilmektedir.

Çocuk çok sık idrar yolu enfeksiyonu geçiriyorsa burada şüphelenilmesi gereken yukarıdaki durum söz konusudur:



(Şekil-6)

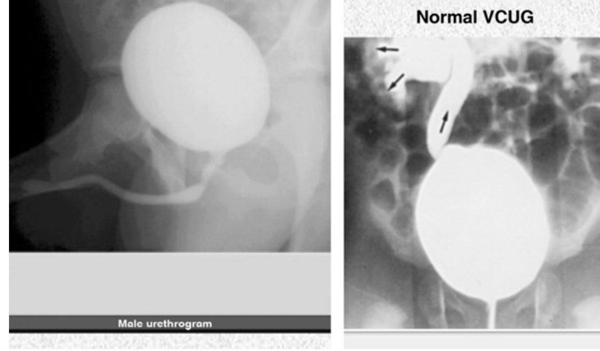
* İşeme disfonksiyonu: İşeme sisteminin bozulması



Böbrekler İdrar Yolu Enfeksiyonundan Korunmalıdır

Çocuk çok sık idrar yolu enfeksiyonu geçiriyorsa burada şüphelenilmesi gereken bu reflü ihtimalinin varlığından, sonuçlarından ve aşağıdaki

şekliyle bir tedavisinin de bulunduğundan anne babaların genel kültürel anlamda da olsa haberdar olması gereklidir.



İdrar yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda, çocuğu inceleyen ürolog doktor tarafından idrarın idrar torbasından böbreklere doğru geri kaçışının (reflü) olup olmadığını saptayacak özel grafilerin çekilmesi gerekli görülebilir. Eğer, reflü varsa koruyucu tedavilerle böbreklerin zarar görmesi önlenecek, ileri derece reflülerde ameliyat gerekecektir. (Şekil 8'de 4. derece ve 5. derece reflüler gibi)

Bu problem ile karşılaşan aileler uzman hekimlere başvurduklarında çocuklara aşağıdaki tetkik gerekli görüldüğü takdirde uygulanmakta ve belki de çocukların böbreklerini kaybetmeleri bu sayede önlenmektedir.

Voiding sistoüretrografi (VCUG) İdrar torbası ve alt üriner sistem incelemesi:

İdrar torbası ve üretranın (idrar kanalı) x-ışınları kullanılarak görüntülenmesidir. (Üstteki resim)

İdrar kanalına yerleştirilen sonda yardımıyla idrar kanalından idrar torbasına ışık geçirmez bir madde verilerek idrar torbası doldurulur. Sonra sonda çıkarılarak işeme öncesi, işeme sırasında ve işeme sonrası filmler çekilir. Böylece idrar torbasının, idrar yolunun ve varsa böbrek ile idrar torbası arasındaki idrar borusunda reflünün (idrar geri kaçışının) görüntülenmesi sağlanır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya çocuk ürologlarının yaptırdığı bu inceleme Vezikoüreteral reflü (İdrar torbasından böbreğe idrar geri kaçışı) tanısının vazgeçilmez yöntemidir.

İşeme Bozukluğunun Tedavisi

1. Davranışsal tedavi

• İşeme eğitimi (Zamanlı işeme)

- İdrar torbasının tamamen boşaltılması. Alaturka wc kullanımı, oturarak işeme ve pisuar kullanmama.
- Kabızlık tedavisi
- Özel alarmlı saatler

2. İlaç tedavisi

*Başvuracağınız uzman Antibiyotik (infeksiyon varlığında) tedavisi başlatabilir. Ya da

* Antikolinerjik ilaçlar (idrar torbası düz kaslarının gevşetilmesine yarayan ilaçlar.) verebilir.

Aileye düşen görev:

*İdrar torbasının sık boşaltılması ve prostat salgısı bu problemde doğal bir savunmadır. Bu yüzden ailenin görevi çocuktan tuvalete gittiğinde idrar torbasını yukarıda değinilen davranışsal tedavi kapsamında tam boşaltmasını öğütlemek olacaktır.

Çömelerek İdrar Yapmanın Tıbbi Faydası

Çömelince karın kasları kasılır, dizler karına basınç yaparlar; dolayısıyla idrar torbası baskı altında kalır. Bu şekilde yapılan işeme sonucunda idrar torbası tam boşaldığından idrar torbasında artık idrar kalmaz. Bu ise idrar yolları ve idrar torbası taşlarının oluşmasını önlediği gibi, prostat hastalığı olanlarda şikâyetlerin azalmasında da etkili olur. Çömelerek idrar yaparken hafif sol tarafa ağırlık verilmelidir. İdrar yollarının anotomisine (yapısına) en uygun olan bu pozisyonda idrar yollarının ve idrar torbası tam boşalması mümkün olmaktadır.

Nitekim Peygamber Efendimiz'in (s.a.s.) ayakta idrar yapmama konusunda uyarıları mevcuttur. (Tirmizi, Tahâret, 8; İbn Mace, Tahâret, 14)

2. Temizlik Eksikliğinden Kaynaklanan Problemler

İdrar yolu enfeksiyonları ve bunlara bağlı alt ıslatma ya da idrar kaçırmanın temelinde yatmakta olan ikinci problem temizlik eksikliğinden kaynaklanan problemdir.

Hem gece hem gündüz idrar kaçırmaya idrar yolları iltihabında ve kum dökmede sık rastlanır.

Temizlik eksikliğinden kaynaklanan idrar yolu enfeksiyonunda bu durum idrar boşaltım sisteminde bakteri çoğalması anlamına gelmektedir.

İdrar yolu enfeksiyonları özellikle kızlarda Enürezis (alt ıslatma) sebebi olabilmektedir. Ürologların bu konu da yaptıkları bir çalışmada alt ıslatan kızların % 24'ünde yalnızca antibiyotik kullanımı ile belirgin düzelme saptanmıştır. Bu sebeplerle başvuran her çocuğa ailenin rutin idrar tetkiki yaptırması gerekir. Hem gece hem gündüz idrar kaçırmaya idrar yolları iltihabında ve kum dökmede sık rastlanır.

Yapılan bir çalışmada 11 yaş altındaki çocuklardan erkeklerde % 1,1, kızlarda ise % 3 oranında belirtili 'idrar yolu enfeksiyonu' tespit edilmiştir. İdrar yolu enfeksiyonu, çocuklarda sık görülür. Anatomik yapılarından dolayı kızlar, bu enfeksiyona daha yatkındırlar. Erkeklerde ise, 1 yaştan önce idrar yolu enfeksiyonu daha sık görülür. Sünnet olmuş erkek çocuklarda, idrar yolu enfeksiyonu riski azalmaktadır.

En sık sebebi, bağırsaktaki bakterilerin idrar yoluna bulaşarak yukarı idrar torbasına doğru yol almalarıdır.

Çocuğun yaşı ne kadar küçükse, belirtileri anlamak da o kadar güç olur. Küçük bebeklerde, huzursuzluk, ateş, kilo alamama, kusma, idrarda değişik renk veya koku görülebilir. Daha büyük çocuklar ise; karın ağrısı, sık ve az idrar yapma, idrarda yanma, kanlı idrar, ateş, idrar kaçırma gibi şikâyetler gözlenir.

Ateş çok yüksekse, kusma, yan ağrısı varsa böbrek iltihabı düşündürür. Böbreklerin zarar görmemesi için ailenin bunu önemsemesi ve tedaviye hızla başlanması gerekir.

Bu yakınmalarla doktora başvurduğunuzda, tanı koymak için çocuktan idrar tetkiki ve idrar kültürü istenecek, kültürde saptanan mikrobun hangi antibiyotiğe hassas olduğu antibiyogram ile saptanacaktır. Uygun antibiyotik tedavisi ile çabuk sonuç alınacak, çocuk 1-2 gün içinde rahatlayacaktır.

Aileye İdrar Yolu Enfeksiyonu ile İlgili Öneriler

İdrar yolu enfeksiyonunu önlemek için alınması gereken önlemlerden bazıları:

* Gerekli oldukça tuvalete gidip idrar torbasını boşaltması konusunda uyarılmalıdır. Özellikle okul çağındaki çocuklar, okulda geçirdikleri uzun saatler boyunca tuvalete gitmeden eve gelebiliyorlar, böylece idrarın uzun süre idrar torbasında kalmasıyla enfeksiyonlara zemin hazırlıyorlar.

* Bol su içilmesi de, idrar yolu enfeksiyonundan koruyucu olacaktır.

* İç çamaşırlar günlük değiştirilmelidir.

* İdrar yolu enfeksiyonunu önlemek için alınması gereken önlemlerden diğeri de; bebeklerde bezi sık değiştirip altının kirli kalmamasını sağlamak, özellikle kızlarda alt temizliğini önden arkaya doğru yapmak önemlidir.

Sıkı iç çamaşırları da giydirmemek gerekir. Unutulmamalıdır ki ateşli bir çocukta ilk akla getirilip kontrol edilmesi gereken üç enfeksiyondan birisi idrar yolu enfeksiyonudur (diğer ikisi solunum yolu ve orta kulak enfeksiyonları).

ARAŞTIRMA 1

1- Bursa Özel Bahar Hastahanesi'nde yapılan bir araştırmada altını ıslatma şikâyeti ile gelen 164 hastanın kayıtları incelenmiş. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalığın sebebi, tedavi süresi ve tedaviye cevap durumları şöyle tespit edilmiştir:

	6-8 YAŞ	9-12 YAŞ	13 +
ERKEK	36	48	28
KIZ	20	16	16

	İdrar Yolu Enfeksiyonu Ve kum	Sistit İdrar Kesesi İltihabı	Kronik Bronşit Kronik Bademcik Geniz eti	Organik sebep bulunamamıştır. Psikolojiktir.
ERKEK	% 16	% 16	% 11	% 57
KIZ	% 46	0	0	% 54

Araştrmada hastalarda sebebe yönelik tedavi uygulandığı ve tedavilerin yarısının bir ayda yarısının da iki ayda kesin cevap verdiği görülmüştür. Altını ıslatmanın tamamen kaybolduğu, yani tedavide başarı oranı % 98 olduğu bu araştırmada tespit edilmiştir.

Sistit (İdrar Kesesi İltihabı) Nedir?

Yukarıdaki araştırmada görüldüğü gibi sistit (İdrar Kesesi İltihabı) % 16 çocukta alt ıslatma sebebi olarak tespit edilmiştir. Bunun hakkında kısa bir bilgi vermek gerekirse şu ön bilgiyle başlanabilir: Sağlıklı bir idrar torbasının içi temizdir ve bakteri barındırmaz. Ancak deride bağırsaklarda, anüs ve vajen bölgesinde bakteriler mevcuttur. Bu bakteriler bazen buralardan idrar boşaltım sistemine geçerek, idrar kanalından yukarıya doğru ilerleyip idrar torbasına ulaşabilirler. Normalde idrar torbası kendini bu bakterilerden koruyabilir ve onları idrarla yıkayarak atabilir.

Ancak bu bakteriler idrar torbasında kalır ve burada çoğalırsa enfeksiyona sebep olur, enfeksiyon ise idrar torbası dokusunda kızarıklık, şişme ve

ağrıya sebep olur. Bu tip enfeksiyonla seyreden idrar kesesi iltihaplarına SİSTİT denir ve kadınlarda erkeklerden çok daha sık görülür.

Bu tip enfeksiyonlarda idrar torbası daha dolmadan dolu gibi hisseder ve sık idrar yapma isteği ile birlikte çok sık idrara çıkma ancak az az yapma, bazen tuvalete yetişememe, kaçırma durumları görülür. Genellikle ateş, titreme olmaz, halsizlik olabilir. Ateş ve titremelerin olması enfeksiyonun böbreklere ulaştığını düşündürür ve acil tıbbi müdahale gerektiren bir durumdur (Akut Pyelonefrit: böbrek iltihabı).

Bu araştırma da bize alt ıslatma sebepleri arasında organik sebeplerin ne denli yoğun bulunabileceğini göstermesi açısından ışık tutmuştur. Gerek İdrar Yolu Enfeksiyonu ve gerekse de İdrar Kesesi İltihabı, Kronik Bronşit, Kronik Bademcik, Geniz eti ve kum gibi problemler çocuklarda sonradan ortaya çıkan alt ıslatma problemlerinde düşünülmesi gereken sebeplerdendir.

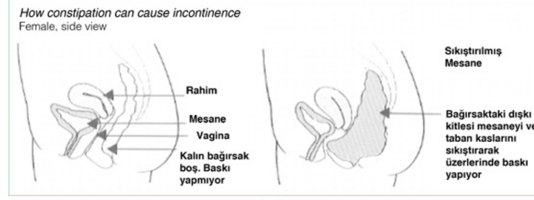
f) Kronik Kabızlık

Aileler alt ıslatma problemi ile karşılaştıklarında bunun altında yatabilecek birçok sebep olduğunu bilmeliler. Bu yüzden çocuğun eskiden beri yaşadığı ve kronik hal almış bir kabızlık probleminden dolayı da alt ıslatma sonucu ile karşılaşmış olabileceklerini düşünmeleri gerekmekte ve uzman doktora gittiklerinde böyle bir problem varsa bunu da mutlaka uzman ürolog ile paylaşmaları gerekmektedir.

DR. Müjgan Keskin Gökduman'ın Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 149 çocuk üzerinde yaptığı araştırmada bunlardan 35'inde (% 23,5) alt ıslatmanın yanında kabızlık problemin da olduğu tespit edilmiştir. (2006)

Kabızlık barsakların genişlemesi ve idrar torbasına baskı yapmasıyla da sonuçlanabilir. Aşağıdaki şekilde yer alan kız çocuğunda soldaki resimde durum normalken sağdaki resimde ise dışkı kitlesi ve bu kitlenin onun önündeki idrar torbasına ne denli baskı yaptığı görülmektedir. (Şekil-10)

Ayrıca uzun süredir devam eden kabızlık problemi olan çocuklarda da idrar torbası kapasitesi küçüldüğü için gece alt ıslatma ortaya çıkabilir.



(Şekil-10)

Şekil-10'da soldaki resimdeki kız çocuğunda kabızlık olmadığı için durum normal olarak görülürken sağdaki resimdeki kız çocuğunda ise kabızlık sonucu idrar kesesi üzerinde oluşan aşırı baskı görülmektedir.

*mesane: (idrar torbası)

Nadiren görülen organik sebepler ise;

- A, B, D, E vitaminleri eksiklikleri, (sağlıksız beslenme)
- Kalsiyum, magnezyum, çinko eksikliği,
- Kıl kurdu (oksiyur) gece işemelerine sebep olabilir.

Gece alt ıslatma problemi olan çocukların yaklaşık % 10'unda besin alerjisinin rol oynayabileceği düşünülmüştür. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda seçilmiş vakalara yüksek oranda kafein içeren içecekler, turunçgiller ve turunçgillerden hazırlanmış içecekler, yapay olarak renklendirilen yiyecekler, içecekler ve fazla şeker alımı, özellikle de öğleden sonra süt alımının kısıtlanmasının faydalı olabileceği belirtilmiştir.[26]

4. Gelişimsel Problemler

Bir araştırmada alt ıslatan çocuklarda pubertenin (BULÜG ÇAĞI) de geciktiği tespit edilmiştir.

Alt ıslatan (Enüretik) çocuklarda hem motor hem de dil gelişiminde gecikme olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada alt ıslatma dışında herhangi bir problemi olmayan 35 çocukta kronolojik yaşa göre kemik yaşındaki gecikme, kontrol grubundan fazla bulunmuştur. Uzunlamasına yapılan bir alan araştırmasında alt ıslatma tanısı alan çocuklarda kontrol grubuna göre iki kat daha fazla oranda gelişimsel gecikme saptanmıştır. Bir araştırmada alt ıslatan çocuklarda büluğ çağının da geciktiği tespit edilmiştir. Birçok alt ıslatan çocukta saptanan koordinasyon problemleri gibi silik nörolojik belirtiler de gelişimsel problemlerin başka bir göstergesidir.[27]

5. Hormonal Etkenler

ADH (Anti Diüretik Hormon) Hormonunun Yetersiz Salgılanması:

Yüce yaratıcının koyduğu bir sistem sayesinde insan vücudunda gece uykusu esnasında hipofizin arka lobundan kana verilen ve böbreklerde idrar yapımını azaltan ADH hormonu salgılanmaktadır. Bu hormon yetersiz salgılanırsa, altını ıslatma vakası oluşur. Normalde erişkinlerde gece çıkarılan idrar miktarı gündüze oranla 3 kat kadar azalma gösterir. Hayatın ilk yılında bu ritim yoktur ve süt çocuklarında idrar çıkışı sabittir.[28] Gece böbreklerin idrar üretmesini azaltan anti diüretik hormon çocuklarda yetersiz salgılandığında çocukta böbrekler geceleyin de gündüz olduğu gibi hızlı idrar üretirler ve bu da alt ıslatma olayına sebep olur.

Sağlıklı insanlarda idrar miktarı gece ADH salgısının artmasına bağlı olarak azalmaktadır. Alt ıslatmanın, ritimdeki bu bozukluklar veya böbreğin bu ritme uygun yanıt verememesine sebep olan yetersizlik sebebiyle olduğu düşünülmektedir.[29]

Enüretik (alt ıslatan) çocuklarda alt ıslatmayanlara göre sabah yapılan kan tahlillerinde ADH seviyeleri daha düşük bulunmuştur.

Bundan dolayı alt ıslatmanın sebeplerinden biri de ADH hormonunun gece salgılanmasındaki yetersizlik olabilir denmektedir.

B. Psikososyal Sebepler

1. Tuvalet Eğitimi ve Yanlışlar

- Tuvalet eğitimine çocuğun idrar torbası kasları üzerindeki denetimini kazanmaya başladığı 1. 5 yaş civarında başlanması en uygunu olur.

Sağlıklı çocuklar genelde 2 yaşına kadar gündüz idrar kontrolünü öğrenirler. Gece idrar kontrolünü ise; 4 yaşına kadar öğrenmiş olmaları gerekir.

- Tuvalet eğitimine erken başlama, katı tuvalet eğitimi ve anne-babanın uygunsuz veya kayıtsız tutumları alt ıslatmaya zemin hazırlayabilir. Çok erken yaşlarda tuvalet eğitimine başlamak çocuğun kızgınlığına, çok geç yaşta başlama çocuğun kendine güveninin azalmasına sebep olabilir. Bu dönemde araya giren bir stres, idrar torbası kontrolünün kazanılmasını geciktirebilir.[30]

• DİKKAT: Alt ıslatma bazen aşırı temiz, titiz ve düzenli bir annenin baskıcı tuvalet eğitimine karşı pasif saldırgan bir tepki niteliği de taşıyabilir.

Bu konuda bir örnek:

Çocuk 9 yaşında idi. Gece gündüz devamlı altını ıslatıyordu. Herhangi bir fiziksel bozukluğu da bulunmuyordu. Yaptığım görüşmeler sonucunda ise annenin çok titiz ve aşırı koruyucu olduğu, bu sebeple de ortalığı kirletecek düşüncesiyle 5 yaşına kadar çocuğun devamlı altının bağlandığı ve 5 yaşından sonra ise gece bezlenmesine devam edildiği, çocuk tuvaleti kullanmak istediğinde ise normal temizliğinin kendisi tarafından değil de annesi tarafından yapıldığı öğrenildi. Çocuk tepki davranışı olarak artık devamlı altını ıslatmayı tercih etmişti. Böylelikle annesine sinir krizleri geçirttirerek ondan bir nevi intikam alıyordu.

Çocuğun yeterli kas gelişimine sahip olduktan sonra tuvaletini kendi kendisine yapmasına ve kendi başına yemek yemesine, uyumasına, giyinip soyunmasına, kendi seçimlerinin olmasına, arkadaşlarının davetlerine katılmasına ve onları davet etmesine, psiko-sosyal gelişiminin tamamlanmasına sevgi ve koruyuculukta ölçülü davranarak onlara yardımcı olmalıyız. Onlara özerklik tanımalıyız.

• Çocuk tuvaletini söylemeye başlar başlamaz artık geceleri de bezsiz yatırılabilir. Tuvalet eğitimine 2. 5 yaşından sonra başlanması da alt ıslatma problemi için zemin hazırlayabilir. Uzun süre bez kullanılması çocuğun idrar torbası çevresindeki ve çıkışındaki kasların denetimini öğrenmesini geciktirebilir.

NOT: Beş yaşından sonra çocuğunuz, altını ıslatsa bile kesinlikle bez bağlamayınız. Çünkü çocuk, beze güvenerek rahatça uykusunu uyuyacak ve altını ıslatmayı alışkanlık haline getirecektir.

Tuvalete Sık Götürülen Çocuklarda İdrar Torbası Gelişmeyebilir

• **İdrar torbası darlığı**, genellikle yanlış tuvalet eğitiminden kaynaklanmaktadır. Çocuk, doğumunu takip eden ilk yıllarda altını ıslatmaması için sık sık tuvalete götürülürse, idrar torbasının gelişmesi engellenmiş olur. İdrar torbası gelişmeyen çocuk, ileri yaşlarda alt ıslatma problemi ile karşılaşabilir. İdrar torbası darlığı olan çocuklar,

şu şekilde iyileştirilebilir. Çocuğun, tuvalete gitmeden önce iyice sıkışık duruma gelmesi tembihlenir. Böylece, ne kadar çok sıkışırsa idrar torbasına o kadar çok idrar dolacak ve torba o derece genişleyecektir. İdrar torbası, normal büyüklüğünü yakalayınca bu problem ortadan kalkacaktır. Mesane darlığı var ise bu durum gideceğiniz doktor tarafından ultrason ile rahatlıkla tespit edilebilir.

2. Zorlu Hayat Şartları

Kitabın girişinde alt ıslatma problemlerini sınıflandırırken problemin başlangıç biçimi ve seyrine göre ikiye ayrıldığını belirtmiştik.

Anne baba arasındaki geçimsizlik veya boşanma ve aile içinde huzursuzluk olması, Okula başlama, taşınma, hastaneye yatma, okuldaki başarısızlıklar, ölümler gibi zorlu hayat şartlarının ortaya çıkaracağı stres alt ıslatma ile ifade edilebilir.

1- Birincil (primer) grup enürezis: Problem bebeklikten itibaren vardır ve arada hiç kuru dönem yoktur. İdrar torbası kontrollerini hiç kazanmamışlardır, bir başka deyişle bebekliklerinden beri idrar kaçırmaktadırlar. Alt ıslatanların % 80-90’ı bu gruptadır.

2- İkincil (sekonder) gurup enürezis: Bu çocuklarda en az bir yıllık (bazı kaynaklara göre 6 aylık) idrar torbası kontrolü ve kuruluk dönemi vardır. Çocuk bir dönem tuvalet alışkanlığı kazanmış sonra yeniden altına kaçırmaya başlamıştır. Bunlar idrar kaçırma problemlerinin olmadığı bir dönem sonrasında idrar kaçırmaya başlarlar. Alt ıslatanların % 20’si bu gruptadır.

‘Zorlu hayat şartları’ kısmında ikincil gurup alt ıslatma vakalarının sebeplerinden en önemlilerine değinilmeye çalışılacaktır.

Aile düzenindeki önemli değişiklikler ve kayıplar gibi zorlu hayat şartları, özellikle sekonder (ikincil) alt ıslatma olaylarında sebepler açısından önem taşırlar. Geçici bir stres durumuna kritik bir dönemde maruz kalan çocukta sekonder (ikincil) grubuna giren alt ıslatma problemi gelişebilir.[31] Anne baba arasındaki geçimsizlik veya boşanma ve aile içinde huzursuzluk olması, okula başlama, taşınma, hastaneye yatma, okuldaki başarısızlıklar, ölümler gibi zorlu hayat şartlarının oluşturacağı stres alt ıslatma ile ifade edilebilir. Bu durumlar özellikle alt ıslatma problemi yokken yeni başlayan vakalarda sebepler açısından önem taşırlar.

NOT: Anne ve babalar, çocuklarının yanında münakaşa etmemeli, aile kavgalarında çocuklarına hakem rolü yüklememeli. Eşler arasındaki problemler, çocukların olmadığı ortamda birebir görüşülüp halledilmelidir.

Gece idrar torbası fonksiyonlarının kazanılmasında hassas bir dönem olan hayatın 2. ile 4. yaşlar arasında, akut ve kronik anksiyeteye (korkuya) yol açan faktörlerin devreye girmesiyle sekonder (ikincil) alt ıslatma oluşabilir.

Aileden ayrılma, anne veya babadan birinin ölmesi, bir kardeşin doğumu, yeni bir eve taşınma, aile geçimsizliği, çocuğa kötü muamele alt ıslatmayı kolaylaştıran en sık faktörlerdendir. Ruhsal sebebe bağlanan 'enürezis nokturna'nın (gece alt işeme) en açık örneği, aşağıda da değineceğimiz gibi kardeş kıskançlığına bağlı olanıdır.

Tuvalet eğitimini çoktan tamamlamış bir çocuk, kardeş doğumundan kısa bir süre sonra gündüz ve gece altını ıslatmaya başlar. Bu davranış bebek gibi sevilme ve ilgi çekme maksadına yönelik bir geriye dönüş davranışıdır. Çoğunlukla kısa sürüp düzelen bu durum çocuğun gerçekten itildiği ve sevgiden mahrum kaldığı durumlarda devam edebilir.[32]

Çocuğun gelişimindeki duyarlı bir zaman diliminde olumsuz faktörlerle karşılaşması gece işeme kontrolünü geciktirebilir. Bu duyarlı zaman dilimi 1 ile 4 yaş arası özellikle de üçüncü yıldır.[33] Hayatın ilk dört yılında çocuğu etkilemesi beklenen bu olaylar 4500 çocuk üzerinde kapsamlı bir çalışmada irdelenmiş; en sık olarak rastlananlar:

Ailenin bölünmesi,

Anne ve babadan geçici olarak ayrı kalma,

Kardeş doğumu,

Ev değiştirme,

Kazalar,

Hastaneye yatma veya maruz kalınan cerrahi müdahaleler olarak özetlenmiştir.[34]

Bu olayları yaşamayan altı yaş çocuklarında % 6, 7 oranında, bu olaylardan 1-3 tanesini yaşayanlarda % 10, yukarıdaki olaylardan 4 veya daha üzerinde olay yaşayanlarda % 16, 1 oranında alt ıslatma (enürezis) gözlenmiştir.[35] Bu tip olayların ikincil grup alt ıslatma problemi ile ilişkili olduğu bilinmektedir.[36]

3. Yeni Doğan Kardeş

- Yeni bir kardeşin doğumu ve sonrasında yaşanan kıskançlık ile gelen gece işemesi bir intikam alma ve tepki gösterme yolu da olabilir.
- Alt ıslatma kardeşe karşı saldırganlık duygularının ifadesi olabilir.
- Bu daha çok tuvalet eğitimini tamamlamış çocuklarda, birdenbire gelişen bir davranış bozukluğudur. Çocuk, yeni doğan kardeşine gösterilen sevgi ve ilgiye tepki olarak altını ıslatır.
- Kardeş kıskançlığını önlemek ya da en aza indirmek için, yeni kardeş doğmadan çocuk bu olaya hazırlanmalıdır. Bunun için ona kardeş sevgisi aşılanmalı, yeni doğan kardeşine niçin daha çok ilgi ve şefkat gösterilmesi gerektiği mantıklı bir şekilde anlatılmalıdır. Kardeş kıskançlığını önlemede şöyle bir pratik yöntem uygulanabilir: Yeni kardeş dünyaya geldiğinde, büyük çocuğa özlemini çektiği bir hediye alınabilir. Meselâ, bir bisiklet, hastane dönüşünde yeni doğan bebekle birlikte eve getirilip, bebeğin büyük kardeşine hediye aldığı söylenebilir. Bu şekilde, büyük çocuğunuzun dikkati bisiklet üzerine kayacak ve böyle güzel bir hediye getirdiği için kardeşine iyi duygular besleyecektir.

4. Aile İçi İletişim Eksikliği

Bu konu hakkında kayda geçen iki kız çocuğunu örnek olarak verelim:

Örnek: Çocuğun duygusal dünyasını büyük ölçüde etkileyen ev ortamı, alt ıslatma konusunda büyük rol oynamaktadır. E. 4 yaşında bir kız çocuğudur. Anne ve babasının sürekli geçimsizliğine ve tartışmalarına şahit olmaktadır. Arkadaşlarının babaları onları çocuk parkına götürdüklere halde babası E. ‘yi götürmemekte ve sabahları yuva arabasına bindirmemektedir.

E., babasının kendisini sevmediği görüşündedir. Ancak annesiyle babası arasında geçen olaylarla da çok yakından ilgilidir. Zaman zaman annesine, “Ben okuldayken de evde kavga ediyor musunuz?” sorusunu sorar. Hassas ve alıngan bir çocuk olan E, altını ıslatma korkusuyla anaokulunda öğretmenlerine zaman zaman uyumak istemediğini söyler.

E., alt ıslatma problemiyle duygusal dünyası arasındaki ilişkiyi annesine şöyle itiraf eder: “Babam beni sevmediği için eve geç geliyor. Ben de onun

için altıma çişimi yapıyorum.” E. nin davranış bozukluklarının giderek artmasıyla altına büyük abdestini de yapmaya başladığı görülür.

Örnek: Yetersiz ilgi ve sevgiyle ruhsal çatışmaların ‘alt ıslatma’ problemine olan etkisi aşağıdaki örnek vakada açıkça görülmektedir. A. 11 yaşında, yatılı ilköğretimin hazırlık sınıfına henüz girmiş bir kız çocuğudur. Oyun odasında sürekli yalnız oynaması, psikolojik danışmanın dikkatini çekmiştir. Arkadaşları, geçimsizliği sebebiyle birlikte oynamak istemediklerini söylemişlerdir.

Psikolojik danışmanın görüşme isteği üzerine A., Bursa’da oturduklarını, babasının olmadığını, ailedeki dört çocuktan biri olduğunu ancak annesinin kendisini istemeden dünyaya getirdiğini söylemiştir. A., bir keresinde annesinin bir komşusuna: “Keşke son iki çocuğu doğurmasaydım” dediğini duyduğunu, birinin annesiyle evlenmek istediğini, evlendiği taktirde annesinin kendisini iyice unutacağından endişe ettiğini sözlerine eklemiştir.

A. her gece altını ıslatan ve arkadaşlarına karşı bunun ezikliğini duyan bir çocuktur. Annesinin ev değiştirmiş olmasına karşın A.’ya mektup yazmaması, onu iyice gerginleştirmiş, alt ıslatmanın yanı sıra, çalma gibi davranış bozuklukları da göstermeye başlamıştır. Psikolojik danışman ile iyi bir diyalog kuran A. bir resimde kocaman çiçeklerin üzerinde oturan ve ağlayan bir melek resmi çizmiş, bunu da “Çiçekler koparılıyor diye ağlıyor, güzel şeyleri yok etmek çok kötü.” şeklinde yorumlamıştır.

5. Çocuğun Aşırı Korunması

Bu rahatsızlık, ana-baba tarafından aşırı korunan çocuklarda sık görülmektedir. Bu tür çocuklar, sorumluluk ve güven duygusu aşılanmadığından geç olgunlaşırlar. Sonuçta, yaşlarından daha küçük kalmayı istediklerinden altlarını ıslatma eğilimini göstermektedirler. Ailenin aşırı koruyucu ve hoşgörülü tutumu ile çocukta bebeksi kalma eğilimi alt ıslatma problemi ile kendisini gösterebilir.

Bunların dışında ayrıca alt ıslatma problemi, tik, kekemelik, tırnak yeme, aşırı kıskanma, derslerde başarısızlık gibi problemlerden bir veya birkaçı ile beraber ise psikolojik kaynaklıdır.

Özellikle ikincil grup alt ıslatması olan çocuklarda idrar kaçırmanın yukarıda bazılarına değindiğimiz zorlu hayat şartları sonrasında başlayabildiği görülmektedir.

Alt Islatmaya Eşlik Eden Psikiyatrik Problemler

Çok küçük yaşlarda halledilebilecek bu problemin aileler tarafından 15-16 yaşlarına kadar sadece bilinçsizlik ve ihmalden dolayı oluruna bırakılması çocukta psikolojik, sosyal ve biyolojik açıdan geri dönülmez hasarlar da bırakabilir.

Birçok alt ıslatan (enüretik) çocukta psikiyatrik bozukluk olmamakla birlikte, bu çocuklarda psikiyatrik bozukluk olasılığının diğer çocuklardan daha fazla olduğu belirtilmektedir. Alt ıslatma tanısı alan çocukların benlik saygılarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu, erken dönemde problem düzelince benlik saygısının normale döndüğünü gösteren çok sayıda çalışma vardır.[37]

Ancak günümüzde çok küçük yaşlarda halledilebilecek bu problemin aileler tarafından 15-16 yaşlarına kadar sadece bilinçsizlik ve ihmalden dolayı oluruna bırakılması çocukta psikolojik, sosyal ve biyolojik açıdan geri dönülmez hasarlar da bırakabilir. Hayatın her alanında olduğu gibi burada da erken müdahale şarttır.

Dikkat eksikliği, özel öğrenme güçlüğü (diskleksi), sosyal iletişim kurmada çekingenlik gibi durumlar da zaman zaman alt ıslatmaya eşlik etmektedir.

Alt ıslatma (Enürezis) Riskini Arttıran Durumlar

Yoğun psikososyal problemler içinde olan ve olumsuz çevre şartlarında yaşayan çocuklarda, bunun yanında Sosyo-ekonomik durumu düşük ailelerin çocuklarında beslenme bozukluklarına bağlı olarak bu daha çok görülmektedir.

Baba ya da annenin boşanma ya da ölüm sonucu kaybı da önemli etkenlerdendir. Özellikle daha öncesinde idrar kontrolünün sağlandığı çocuklarda sonradan 5-8 yaşları arasında idrar kaçırma bu sebeple tekrar başlayabilmektedir.

Davranış bozuklukları gösteren çocuklarda idrar torbası kapasitesinin daha sınırlı olduğu ve bu durumun daha sık gözlendiği saptanmıştır.

Yapılan çalışmalara göre ailede anne, baba ve diğer akrabaların geçmiş yaşantılarında bu problem var ise, çocuklarda da enürezis riski 5-7 kat artmaktadır

Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranının % 69, çift yumurta ikizlerde % 20-30 olduğu saptanmıştır. Bu bulgudan çıkarak ‘Gece Alt

Islatma’ problemi için bir genetik yatkınlıktan söz edilebilir.

Aileye Öneriler

Nasıl olsa geçer düşüncesiyle doktora götürülmeyen çocuklar zamanında önlem alınmadığı için böbreklerini dahi kaybedebilir.

Eğer çocuğunuz idrar kaçırıyorsa telaşa kapılmayın. İdrar kaçırmaya sebep olabilecek bir tıbbi problemi varsa bu problemin tedavisi ile idrar kaçırmanın geçeceğini, eğer tıbbi bir problem yoksa ‘Gece Alt Islatma’ probleminin (Enürezis Nokturna) kendi kendine düzelebilen bir durum olduğunu unutmayın.

İdrar kaçırdığında çocuğunuza kızmayın, onu utandırmayın, başka çocukları örnek göstermeyin, cezalandırmayın. Çocuğunuza bu problemin çok da önemli olmadığını ama onu etkilediğini düşündüğünüz için bir doktora götürmek istediğinizi, tetkik ve tedavi süresince ona destek olacağınızı anlatın ve öncelikle bir çocuk hekiminden ya da ürolog hekimden randevu alın.

Nasıl olsa geçer düşüncesiyle doktora götürülmeyen çocuklar zamanında önlem alınmadığı için böbreklerini dahi kaybedebilir. Zira bazen tam idrar boşaltamama gibi durumlarda idrar yollarında iltihaplanmalar gelişip böbreklerin iflasına kadar uzanan süreçler yaşanabilir.

Ailenin Probleme Yanlış Yaklaşımı: Altını ıslatmayı çoğu aile bir hastalık olarak kabul etmez. Bunun çocuğun tembelliğinden ve yetersizliğinden olduğunu ima ederek çocuğu suçlama yoluna giderler. Çocuğu küçültücü kelimelerle suçlamaya, dışlamaya, alaya almaya ve lakap takmaya kadar gidebilir.

Çocuklara Bu Konuda Baskı, Dayak vs. Uygulamak Problemi Nasıl Etkiler?

Yatak ıslatma, ceza ile tedavi edilemez. Tam aksine cezalandırma, ters etki meydana getirebileceği gibi, çocuğun özgüven ve direncini de kırıp psikolojik problemlere sebep olabilir. Buna rağmen, ailelerin cezalandırma uyguladıkları bilinmektedir.

En önemlisi de çocuk, altını ıslattığında akranlarıyla kıyaslanmamalı ve utandırılmamalıdır. Bu iki yöntemin menfi uygulanması, çocuğun sağlıklı gelişimi için en kötü zehirdir. Bu olumsuz yöntemlere maruz kalan çocuklar, toplumdan kopmakta ve içine kapanık olmaktadırlar.

Hatalı Yaklaşan Aileye Çocuğun Tepkisi Ne Olur?

Böyle bir durumda çocuk içine kapanmaya, kendine güvesizliğe ve çaresizliğe sürüklenir.

Hayat ve insanlar karşısında sürekli kaçak ve ürkek tavırlar içine girer.

Çocuk büyüdükçe bu hal çocuğun genel bir karakter özelliği haline gelir ve şahsiyet kırılması yaşayan bir fert olarak topluma katılır.

Yanlış Bilgiler

Normaldir, çoğu çocukta olur, büyüyünce geçer.

Amcası, dayısı gece işiyormuş sonra geçmiş, bizim çocuğumuzda da geçer.

Pek çok aile alt ıslatma probleminin bir hastalık olduğunu düşünmüyor

Tedavi olmasa da geçer, zaten bunun tedavisi de yokmuş, olsa da tedaviden sonra gene işeme oluyormuş.

Tedavi ettirmeyin yoksa ileri de kısırlık (!) olur.

Gibi yanlış bilgilerden ve utanma gibi kısmen haklı bir sebepten dolayı çoğu aile, 'kol kırılır yen içinde kalır.' deyip bu problemi saklamakta ve çözüm yollarını aramamaktadır.

Bu hastalık, çocukların ruh sağlığını altüst eder. Zamanla çocukların kendilerine olan saygıları azalıyor, kendilerini eksik hissediyorlar. Bu hastalığın sadece kendilerinde olduğunu, başka çocukların altlarını ıslatmadıklarını zannederler. Oysa sınıflarında en az iki tane okulda ise elli kadar arkadaşlarının aynı problemi yaşadığını bilmezler.

Bu çocukların doğal olarak yaşamları kısıtlanıyor, aile içi ilişkiler bozulabiliyor. Pek çok aile de bunun hastalık olduğunu düşünmüyor ve bu problemin belli bir yaşın üzerine sarkması durumunda kişilik bozukluğuna yol açabileceğini bilmiyor. Altını ıslatan çocuklarına şiddet uygulayan aileler yaptıkları yanlışın problemi daha da derinleştireceğini çoğu zaman düşünemiyorlar. Şiddet; dayak, genital organı yakma, penisi iple bağlama, hakaret etme gibi biçimlerde ortaya çıkabiliyor.

1 Johnson M. Nocturnal Enuresis. Urol Nurs 1998; 18 (4): 259- 275.

Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Wille S. Primary nocturnal enuresis in children. Backgraund and treatment. Scand J Urol Nephrol 1994; 156: 1- 48.

2 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Wille S. Primary nocturnal enuresis in children. Backgraund and treatment. Scand JUrol Nephrol 1994; 156: 1- 48.

Alan US. Nocturnal Enuresis. Pediatric Nephrology 1995; 9 (3): 94- 103.
3 Austin PF, Ritchey ML. Dysfunctional voiding. Pediatr Rev 2000; 21: 109.
4 Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden gözden geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001; 66.
5 Austin PF, Ritchey ML. Dysfunctional voiding. Pediatr Rev 2000; 21: 109.
Bosson S. Nocturnal enüresis. Clinical Evidence 2001; 5: 26873.
Robson LM. Diurnal Enuresis. Pediatrics in Rewiew 1998; 18: 40712.
6 http://www. bornovaram. com/
7 Hurley RM. "Enuresis" The difference between night and day. Pediatr in Rew 1990; 12:16771.
Wojcik LJ, Kaplaan GW. The wet child. Urol Clin North Am 1998; 25: 73543.
8 Wekke SJ, Hirasing RA, Meulmeester JF, Radder JJ. Childhood nocturnal enuresis in The Netherlands. Urology 1998; 51 (6): 1022- 6.
9 Neyzi O, Ertuğrul T, Ekşi A. Psikososyal gelişme ve problemler, çocuğun ruhsal gelişimi, Enürezis, Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; 1420- 1421.
10 Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.
11 Hirasing RA, Van Leerdam F, Bolk-Bennink L, Lanknegt R. Enuresis Nocturna in Adults. Scand J Urol Nephrol 1997; 31: 533- 536.
Cendron M. Primary Nocturnal Enuresis: Current Concepts. American Academy of Family Physicians 1999; 59 (5): 1205- 1214.
12 Kasatura İ. Kişilik ve Özgüven. İstanbul: Evrim yayınevi, 1998: 38-9.
Walsh T, Menviell E. Disorders of Elimination. Section IX Disorders in Somatic Function, 416- 421.
Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.
Hjalmas K. Nocturnal Enuresis. Basic Facts and New Horizons. Eur Urol 1998; 3:53- 57.
Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.
13 Robson LM. Diurnal Enuresis. Pediatrics in Review 1998; 18: 407-12.
Wojcik LJ, Kaplan GW. The wet child. Urol Clin North Am 1998; 25:735- 43.
14 Zoroğlu, Salih Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Enürezis Nocturna Seminer Notları, 2003
15 Ünal S, Akbulut A, Karabacak OR. Çocuklarda idrar kaçırma: nörolojik olmayan sebepler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1997; 6 (4):130- 2.
16 Zoroğlu, Salih Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Enürezis Nocturna Seminer Notları, 2003
17 Artur C. Guyton and John E. Hall. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturıtıon.
Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of Disease, 6 th ed, 1997; 264- 265.
18 Artur C. Guyton and John E. Hall. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturıtıon.
Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of Disease, 6 th ed, 1997; 264- 265.
19 Ruhston HG. Wetting and functional voiding disorders. Urologic Clinics of North America 1995; 22 (1): 75- 93.
* Schmitt BD. Toilet training basics. Your Child Healthy. New York: Bantam Books, 1994: 333- 337.
* Şenol S, Karacan E. Çocukların gece ve gündüz işemeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1997; 6 (4): 126- 8.

* Ünal S, Akbulut A, Karabacak OR. Çocuklarda idrar kaçırma: nörolojik olmayan sebepler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1997; 6 (4):130- 2.

20 Artur C. Guyton and John E. Hall. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturıtıon.

Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of Disease, 6 th ed, 1997; 264-265.

21 Hellstrom AL, Hansin E, Hansson S, et al. Micturation habits and incontinence in 7yearold Swedish school entrants. Eur J Ped 1990; 149: 4347.

22 Ruhston HG. Wetting and functional voiding disorders. Urologic Clinics of North America 1995; 22 (1): 75- 93.

Schmitt BD. Toilet training basics. Your Child Healthy. New York: Bantam Books, 1994: 333- 337.

Şenol S, Karacan E. Çocukların gece ve gündüz işemeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1997; 6 (4): 126- 8.

Ünal S, Akbulut A, Karabacak OR. Çocuklarda idrar kaçırma: nörolojik olmayan sebepler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1997; 6 (4):130- 2.

23 http://www. ibtf. ibu. edu. tr/ders0607/prog3. pdf . Yrd. Doç. Dr. Gökhan Baysoy, Bolu Enürezis Sıklığı Çalışması. AİBÜ İBTF Pediatri AD.

24 Schmitt BD. Nocturnal Enuresis. Pediatrics in Review 1997; 18 (6): 183.

25 A Gökçe, S Aslan, FR Yalçınkaya, M Davarcı, YS Kaya, N Savaş, S Görür, Ş Dağlı, AN Kiper, MD Balbay. Tıkayıcı uyku apnesi olan çocuklarda adenotonsillektomi sonrası monosemptomatik enürezisteki iyileşme. 21. Ulusal Üroloji Kongresi, 30 Ekim - 3 Kasım 2010, İstanbul (Bildiri Özetleri Kitabı, sayfa: 232).

26 Egger J, Carter CH, Soothill JF, Wilson J. Effect of diet treatment on enuresis in children with migraine or hyperkinetic behavior. Clinical Pediatrics 1992; 31 (5): 302- 307.

27 Zoroğlu, Salih Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Enürezis Nocturna Seminer Notları, 2003.

28 Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505-519.

29 Hjalmas K. Nocturnal Enuresis. Basic Facts and New Horizons. Eur Urol 1998; 3:53- 57.

30 Artur C. Guyton and John E. Hall. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturıtıon. Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of Disease, 6 th ed, 1997; 264- 265.

31 Artur C. Guyton and John E. Hall. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturıtıon. Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of Disease, 6 th ed, 1997; 264- 265.

32 Yörükoğlu A. Uyumsuz çocuk, Yatağa işeme ve dışkı kaçırma, Davranış Bozuklukları; Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları 22. Basım, Ankara: Özgür yayınları,

1998: 283- 7; 327- 33; 334- 53.

Eller D, Austin P, Tanguay S, Hamsy Y. Daytime Functional Bladder Capacity as a Predictor of Response to Desmopressine in monosymptomatic nocturnal enuresis. Eur Urol 1998; 33 (3): 25-29.

33 Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Yörükoğlu A. Uyumsuz çocuk, Yatağa işeme ve dışkı kaçırma, Davranış Bozuklukları; Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları 22. Basım, Ankara: Özgür yayınları, 1998: 283- 7; 327- 33; 334- 53.

34 Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co, 1990; 325- 336.

Janknegt RA, Smans AJ. Treatment with Desmopressin in severe nocturnal enuresis in childhood. Br J Urol 1990; 66: 535- 7.

Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

35 Terho P. Desmopressine in nocturnal enuresis. J Urol 1991; 145: 818- 20.

36 Mikkelsen EJ. Modern Approaches to Enuresis and Encopresis Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Melwin Lewis press, 2001: 700- 705.

Yörükoğlu A. Uyumsuz çocuk, Yatağa işeme ve dışkı kaçırma, Davranış Bozuklukları; Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları 22. Basım, Ankara: Özgür yayınları, 1998: 283- 7; 327- 33; 334- 53.

Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co, 1990; 325- 336.

37 http://www. gata. edu. tr/dahilibilimler/cocuk ruh ders notları

İkinci Bölüm
TEŞHİS VE TEDAVİ

Problemin Teşhis ve Tedavisi

Aileye bu konuda rehberlik yapmadan önce problemi yaşayan ailenin alt ıslatma olayını gerçek bir problem kabul etmesi ve ikna olması gerekmektedir. Bundan sonraki aşamada ancak tıbbı nazara vermek gerek ve bu alanda bilinmeyenleri ortadan kaldıran yöntem ve araçlardan genel kültür bağlamında bahsetmek faydalı olabilir. Böylece tedaviye isteklilik pekiştirilmiş olur. Zira alt ıslatma ile ilgili yoğun sıkıntı yaşamayan, problemi görmezden gelen ve ailedeki diğer enüretikler (alt ıslatanlar) gibi bu çocuklarının da bir süre sonra düzeleceğini ümit eden bazı aileler olabilir.

Ancak ailede daha önce enüretik olan (alt ıslatan) biri olsa da, çocuklarında aynı problemi görmek her aile için bir süre sonra kabul edilemez bir durum haline gelebilir. Anne babalar bu durumu kendi başlarına çözmek için ellerinden geleni yaparlar. Çocuğu korkutmak, kendi çarşafını kendisine yıkatmak, iyi davranmak, kötü davranmak veya görmezden gelmek gibi tutumların hepsini denerler. Fiziksel cezalar bile yalnızca ana babaların çaresizlik ve öfkelerinin bir göstergesi olarak değil, aynı zamanda bu problemin düzeltilmesi için denenen son yol olarak görülmelidir.

Problemin düzeltilmesi için ailelerin bütün çabalarının boşa çıkması ve konunun kimseyle paylaşılamayacak kadar utanılacak bir durum olarak algılanması, anne babada suçluluk ve yetersizlik duygularını harekete geçirir. Şifalı bitkilerin ve erkek çocukların sünnet edilmesinin de

denenmesinden sonra genellikle ailelerin çoğu ümitsizliğe kapılır ve tedavi arayışından vazgeçer.

Başkasından yardım isteme ânı, bu açıdan enürezis nokturnanın (gece alt işeme) tedavisinde çok önemli bir basamak olarak görülmektedir.[1] Bu bilgiler ışığında çocuğa uygulanacak psiko-pedagojik tedavinin yanı sıra, ailenin yönlendirilmesi, enürezis tedavisinde zorunluluk halini almış bulunmaktadır. (Yavuzer, 1997:251)

Bu sebeple bu problemini paylaşan bir aile okullardaki psikolojik danışmanlar için 1. derecede müdahale edilmesi gereken bir ailedir. Gece alt işeme probleminin tedavi edilebilir bir hastalık olduğu, istenirse ve karşılıklı iletişim içinde olunursa daha kolay ve hızlı bir sonuç alınabilineceği anlatılmalı, çocuk ve ebeveynleri motive edilmelidir.

“Hastalık yoktur, hasta vardır ve her problemin mutlaka bir sebebi vardır” prensibinden hareketle önce sebep araştırılıp bulunmalıdır. Bu rahatsızlık, Mikrobik, organik veya psikolojik sebeplerin birinden kaynaklanır. Ailelerin bu sebepler ve aşağıda belirtilecek olan tedavi işlemleri konusunda bilgilendirilmeleri, önce başvurulması ve araştırılması gereken hususlar, sıralamalar noktasında genel kültürel düzeyde dahi olsa aydınlatılmaları en azından bunun da tedavi edilmesi gereken ciddi bir problem olduğu ayrıca aileye de bu aşamada evde yapması gerekenler ile ilgili görevler düştüğü konusunda yapılacak telkinler faydalı olacaktır.

Çocukta gece işemelerinin varlığında başvurulan uzman hekimlerin lüzumlu gördükleri durumlarda yatırdıkları inceleme ve tetkikler:

Alt ıslatma problemi yaşayan çocuklara durumları ve tespit edilen bulguları paralelinde hastanelerdeki Ürolog hekimlerin, çocuk cerrahlarının ya da çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının gerekli göreceği aşağıdaki tetkikler yapılmaktadır.

Hekimlerin İsteyebileceği Tahlil ve Uygulamalar

TİT (Tam idrar tahlili): üre, kreatinin, elektrolit, açlık kan şekeri tetkikleri ve kan tahlili araştırmaları bu konuda başvuran her çocuk için yapılan tahlillerdir.

Ultrasonografi (USG): Böbreğin, yerleşimi, boyutları, idrar boruları ve idrar torbası hakkında bilgi veren bir yöntemdir.

Direkt üriner sistem grafisi (DUSG): En basit üroradyolojik yöntem olup idrar yolunun radyolojik muayenesinin ilk adımıdır. Yatarak çekilen ve pelvisi (leğen kemiğini) içine alan boş karın grafisidir. Kontrast maddenin yaşa göre uygun dozunun enjeksiyonundan sonra belirli aralıklarla (5', 10', 20' ve 30'. dakikalarda) film çekilir.

Üroflowmetri: İşeme sırasında idrar akımının hızını, şeklini ve miktarını gösteren bir testtir. İdrar kesesine ait sebeplerle veya idrar kesesinin çıkışından sonraki hastalıklarda (idrar yolu darlıkları gibi) bozulmuş olan işeme fonksiyonunun araştırılmasında kullanılır.

Ürodinami: Idrar torbasının dolma ve boşalma fonksiyonlarının incelenmesi. Yani, idrar kaçırmanın varlığını, biçimini, idrar torbası ve idrar yolunun fonksiyonlarını gösteren bilgisayar destekli idrarın basınç ve akım değişikliklerini ölçen bir uygulamadır.

İdrar kültürü: üriner sistem araştırmalarının en önemli basamaklarından birisidir ve idrar yolları ile ilgili enfeksiyondan şüphelenilen çocuklarda tek kesin tanı yöntemidir.

Voiding sistoüretrografi (VCUG): İdrar torbası ve alt üriner sistem incelemesi: İdrar torbası ve idrar kanalının x-ışınları kullanılarak görüntülenmesidir. İdrar kanalı kateteri yoluyla idrar torbasına ışık geçirmez madde verildikten sonra işeme sırasında idrar torbasının, idrar kanalının ve varsa yukarıda yer alan idrar borularındaki reflünün (idrar geri kaçışı) görüntülenmesini sağlar. Vezikoüreteral reflü (böbreğe idrar geri kaçışı) probleminde tanı için vazgeçilmez yöntemdir.

Gibi bir dizi tetkikler uzman hekimler tarafından yaptırılır.

- Öncelikle idrar yollarında mikrobik bir durumun varlığı, basit bir idrar tahlili ile araştırılabilir. Bu duruma idrar yollarının özelliği sebebiyle daha çok kız çocuklarında rastlanmaktadır. Daha nadiren rastlansa da idrar yollarındaki yapısal kusurların varlığı radyolojik incelemeler ile belirlenebilir.
- Nörolojik muayene ve şeker hastalığı varlığı açısından kan şeker düzeyi araştırılmalıdır eğer bunlar sebebi açıklayamazsa,
- Ultrason ile böbrek ve idrar torbasına bakılır. Ultrasonda idrar torbasının küçüklüğü tespit edilirse, idrar torbasının kas gerginliğini ve kapasitesini arttırmak için çocuğa idrar yapma hissi olduğu halde bir süre daha idrarını tutması öğretilir ve bu süre giderek arttırılır.

Çocuktan yazılı bir takvim tutması, her sabah kuru veya ıslak kalktığını işaretlemesi istenir, çocuğa mükâfatlar verilir.

Akşamları saat sekizden sonra sıvı alımının azaltılması da tedaviyi kolaylaştırır.

- Solunumu engelleyen geniz eti, bademcik, kronik bronşit, gibi rahatsızlıklar araştırılır. Obstruktif uyku apnesi (soluk yolunun tıkanmasından kaynaklanan uyku sırasında zaman zaman kısa aralıklarla solunumun durması) açısından takip edilen çocuklarda, gece ağzı açık uyuma ve horlama şikâyeti olanların, davranış tedavisinde başarısız oldukları görülmüştür. KBB uzmanın da bu konuda çocuğu görmesi ve eğer gerekirse cerrahi müdahale ile problem olan durumu ortadan kaldırması gerekebilir.
- Çocukta ürogenital sisteme ait organik bir bozukluk yoksa yani idrar kaçırma fiziksel bir sebeple açıklanamıyorsa, Mikrobik veya organik bir sebep de bulunamazsa o zaman aile veya çocukta psikolojik problem aranır.
- Altını ıslatma sebeplerinden bir kısmının psikolojik olduğu kabul edilir. Sonradan başlayan gece işemesi çocuğun çok ilgi gördüğü, kendini güvende hissettiği ve kendisinin merkez olduğu bir dönem olan bebeklik dönemine şuur dışı geri dönmesi ve orada kalmak istemesidir. Kendisini neden güvende hissetmediği dolaylı sorularla öğrenilmeye çalışılır varsa kardeş kıskançlığı ki bu gibi durumlarda çok rastlanır, olup olmadığı gözlemlenir.
- Psikolojik kaynaklı gece işemelerinin tedavisinde, ailenin tedavi başında ve tedavi süresi boyunca takındığı tavır çok önemlidir. Çocuğu dışlama, küçültücü kelimeler, alaya alma gerek direk gerekse ima ile bile olsa çok hatalıdır ve tedaviyi daha da zorlaştırır. Oysa ailenin çocuğu doktora götürmesi, ona zaman ve para harcaması, kan, idrar tetkiklerinin yapılması, anne babanın çocuğu için sırada beklemesi dahi aslında farkında olunmasa da tedavinin bir parçasıdır. Çocuk ailesinin kendisine değer verdiğini, onun için çaba sarf ettiğini görmektedir. Araştırmalar sonunda bir sebep bulunması ve ona yönelik ilaçlar yazılması yani en büyük problem olan bu sıkıntının adının konması veya sonuçlar normal bulunursa, ‘Bir problem yok.’ denmesi bile tedaviyi başlatan ilk adım olacaktır.

İlaç tedavisi yanında uygulanabilen psikoterapi, özellikle davranışsal problemler yaşayanlarda etkili olmaktadır. Diğer bir yöntem ise, ıslanmaya duyarlı nesnelerle döşenmiş olan özel donanımlı bir yatağın, ıslanma ile ikaz edici bir ses çıkarmasına ve kişinin bu durumu zaman içinde öğrenebilmesine dayanan bir sistemdir.

Tedavi

Sonuç olarak neden enürezis (alt ıslatma) sorusunun bir tek cevabı yoktur. Birçok faktör tek başına ya da birlikte alt ıslatmaya yol açabilir. Bu durumda en önemli nokta alt ıslatma probleminin organik bir hastalık ile ilişkisinin olup olmadığının belirlenmesidir.

Altını ıslatma problemi idrar yolu enfeksiyonu, kabızlık veya SİSTİT (İdrar Kesesi İltihabı) gibi organik bir sebebe bağlıysa öncelikle bu tür problemler çözülmelidir.

Aileye İdrar Yolu Enfeksiyonu ile İlgili Öneriler

İdrar yolu enfeksiyonunu önlemek için alınması gereken önlemlerden biri :

Çocuk, gerekli oldukça tuvalete gidip idrar torbasını boşaltması konusunda uyarılmalıdır. Özellikle okul çağındaki çocuklar, okulda geçirdikleri uzun saatler boyunca tuvalete gitmeden eve gelebiliyorlar, böylece idrarın uzun süre idrar torbasında kalmasıyla enfeksiyonlara zemin hazırlıyorlar.

Bol su içilmesi de, idrar yolu enfeksiyonundan koruyucu olacaktır.

İç çamaşırlar eğer sık idrar kaçırma var ise günlük değiştirilmelidir.

İdrar yolu enfeksiyonunu önlemek için alınması gereken önlemlerden diğeri de; bebeklerde bezi sık değiştirip altının kirli kalmamasını sağlamak, özellikle kızlarda alt temizliğini önden arkaya doğru yapmak önemlidir. Çocuk büyüdüğünde de tuvalette kendi temizliğini uygun şekilde yapması öğretilmelidir. Sıkı iç çamaşırları da giydirmemek gerekir. Unutulmamalıdır ki ateşli bir çocukta ilk akla getirilip kontrol edilmesi gereken üç enfeksiyondan birisi idrar yolu enfeksiyonudur (diğer ikisi solunum yolu ve orta kulak enfeksiyonları).

Sistit (İdrar Kesesi İltihabı) içinde aynı durum söz konusudur. Sağlıklı bir idrar torbasının içi temizdir ve bakteri barındırmaz. Ancak deride bağırsaklarda, anüs ve vajen bölgesinde bakteriler mevcuttur. Bu bakteriler bazen buralardan üriner sisteme geçerek, idar kanalından yukarıya doğru ilerleyip idrar torbasına ulaşabilirler. Normalde idrar torbası kendini bu bakterilerden koruyabilir ve onları idrarla yıkayarak atabilir.

Ancak bu bakteriler idrar torbasında kalır ve burada çoğalırsa enfeksiyona sebep olur. Bu yüzden idrar yolu enfeksiyonunda alınması gereken yukarıdaki önlemlerin aynısı sistit için de geçerlidir.

Eğer problem fizyolojik ve hormonsal etkenler ile psiko-sosyal sebeplerden kaynaklanıyor ise tedavi aşağıdaki sıralamaya göre ve sunulan seçeneklerden en uygun olan birini kabul etmek ve takip etmek ile devam ettirilir.

İlaç tedavisi ve yaşanılan ya da hissedilen problemlere yönelik psikoterapi yüz güldürücü sonuçlar vermektedir.

İşeme Takvimi Doldurma

Burada okullardaki psikolojik danışman ve psikolog meslektaşlarımıza düşen en önemli görev aileye tedavi ile ilgili tüm bilgiler olası sebepler ve tedavi yolları ile birlikte, eğitim durumları yeterli ise ayrıntıları ile değil ise yüzeysel bilgilendirme şeklinde vermeleri, mutlaka öğrenci ve veliyi, Çocuk ürologu, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, çocuk cerrahı ve gerekirse çocuk psikiyatristine ve hatta alınan öyküye göre KBB uzmanına bilinçli bir şekilde yönlendirmeleridir. Bu yönlendirme öncesinde aşağıda yer alan "işeme takvimi" ve nasıl doldurulacağı da aile ile paylaşılır ve doldurması da sağlanırsa ailenin zaman kazanması ve doğru tanı konulması noktasında avantaj kazanması ayrıca çocuğun aile ile birlikte tedaviye katılması sağlanmış olur.

Tedavide ilk ve en önemli adım, çocuğun tedaviye motive edilmesidir. Bu amaçla, çocukla sıcak bir ilişki kurulması, ailenin anlayış ve desteğinin sağlanması, problemin mutlaka çözüleceğine dair güven verilmesi ve suçluluk duygusunun giderilmesi çok önemlidir.

İşeme sıklığının ve miktarının değerlendirilmesi için 3 günlük işeme takvimi tutulması faydalıdır. Tuvalete gitme sıklığı, işenen idrar miktarı, sıkışma, kaçırma, damlatma olup olmadığı, kabızlık, enkoprezis (dışkı

kaçırma) gibi durumlar bu şekilde tarafsız olarak değerlendirilmeye çalışılır. Aile tarafından günlük sıvı alımı miktarı ve gün içinde dağılımı, günlük idrar miktarı ölçülmelidir.

3 GÜNLÜK İŞEME TAKVİMİ	1. GÜN	2. GÜN	3. GÜN
Tuvalete gitme sayısı (sabah kalkıştan akşam yatana kadar ki sürede)			
Günlük idrar miktarı.			
Günlük tükettiği su miktarı.			
Sıkışarak, aciliyet hissi ile wc ye gitme sayısı			
İdrar kaçırma, damlatma sayısı.			
Kabızlık.			
Dışkı kaçırma.			

Aileler en azından çocuğun gün içinde kaç kere tuvalete gittiğini tespit etmelidirler.

Günlük idrar miktarı: Bir pet şişe ile ölçülebilir.

Günlük tükettiği su miktarına sıvı olan her şey dâhildir. Dondurma, çay, meşrubat v. s. Ağırlık olarak ölçülmelidir.

Gece Alt Islatma Tedavisinin Üç Biçimi

1. Davranış değiştirme tedavisi
• Kayıt tutma ve ödüllendirme
• Sıvı kısıtlanması ve gece uyandırma
• İdrar torbası eğitim eksersizleri
• Koşullandırma (Alarm cihazı)
2. İlaç tedavisi
3. İlk ikisinin birlikte uygulanması

Bunları sırası ile açıklamak gerekirse:

1. Davranış Değiştirme Tedavisi

a) Kayıt Tutma ve Ödüllendirme

Buna “motivasyon tedavisi” denebilir. Yani, çocuğa ıslak ve kuru geceleri takvimde işaretletip kuru geceler için ödüllendirme şeklindeki önlemler paketi uygulanır. Sadece bu önerilerle yakınmaları çok azalan, hatta geçen çocuklar vardır. Tedavinin prensibi, kuru kalınan zamanlar için ödüllendirilmeye, istemeyerek ıslanma olduğunda da çocuğun sorumluluğunu artırmaya dayanır.

Çocuk ve aile ile sık görüşmeyi gerektirir. Bu tedavide diğer bir yaklaşım çocuğu sorumlulukla desteklemektir. İyileşmeyi değerlendirmek için hem

hasta hem doktora gerekli olan bir işlem de ıslak ve kuru gecelerin kaydını tutmaktır. Bir örnek tablo hazırlanabilir. Bkz. (şekil-11) ve (şekil-12).

Küçük çocuklar kuru geceler için takvim üzerine yıldız koymayı severler.[2] Her yaştaki çocuğun başkalarının yardımı olmadan doldurabileceği bir şema önerilmelidir. Bu yöntem diğer tedavilerin başarısını arttırır, ancak tek başına yeterli değildir.[3]

Ödüllendirme ve Cezalandırma

Bir çocuk öncelikle idrar kaçırma problemini çözebilmek için kuru kalmayı istemeli ve bunun mümkün olduğunu bilmelidir. Küçük stresler bu yeteneğin kazanılmasına yardımcı olabilir, ancak ağır stresler bu olaya engel olur. Bu sebeple aşırı ödüllendirme ve cezalandırma doğru değildir.[4]

Çocukların kuru kalktıkları sabahlarda özellikle duygusal içerikli olarak ödüllendirilmeleri, ıslak kalktıklarında ise anlayışlı davranmak, iyileşme süreci üzerine etkilidir.[5]

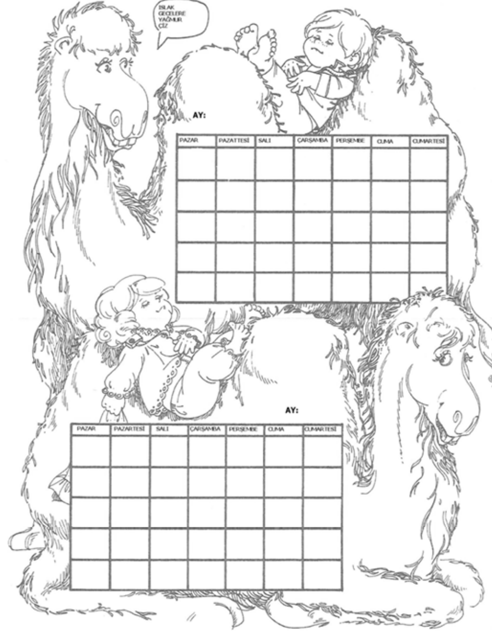
Çocuklar kuru kalktıklarında her sabah ödüllendirilmeli ve ıslak günlerde ödülün geri alınması sağlanmalıdır. Islak kalktıklarında kirli çamaşır ve çarşafları kendilerinin değiştirmesi ve temizleme işinde de annelerine yardım etmeleri önemlidir. Cezalandırma yöntemleri veya çocukların altını bezleme davranışı bu konuda tasvip edilmeyen davranışlardır.

Çocuğun yatağa ruhen huzurlu olarak girmesi sağlanmalıdır. Aile içi tartışmalara dikkat edilmeli, yatmadan önce korku filmleri izlemesi engellenmelidir.

Tedavi süresince çocuk üzüleceği şeylerden uzak tutulmalı ebeveynleri tarafından yeterince sevgi ve ilgi gösterilmelidir.

NOT: Bu süreç esnasında çocuğun altı kesinlikle bezlenmemelidir.

Çocuğun odasında bir tedavi çizelgesi hazırlanmalı ve her gün yaşanan olay buraya işaretlenmelidir. Altını ıslatmış ise yağmur resmi, ıslatmadı ise güneş resmi yapılır. Bir hafta sonunda güneş resmi çoğunlukta ise çocuk ödüllendirilmeli ve teşvik edilmelidir. Güneş resmi yerine çocuklar yıldız çizmeyi daha çok sevmektedir. (Şekil-11) ve (Şekil-12)



(Şekil-11)

Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar

(Şekil-12)

NOT: Her yaştaki çocuğun başkalarının yardımı olmadan doldurabileceği yukarıdaki gibi bir şema önerilmelidir. Bu yöntem diğer tedavilerin başarısını arttırır.

Psikolojik Danışmanlar Çocukları Takip Sürecinde Hangi Hususlara Dikkat Etmeliler?

Birinci ayın sonunda aileler görüşmeye çağrılarak kayıt tuttukları çizelgeden ıslak ve kuru gecelerin sayısına bakılır ve durum, birlikte değerlendirilir. Bir ay sonunda başvuru anındaki aylık ıslak gece sayısı % 50 ve üzerinde düzelme gösteren vakalarda davranış tedavisine devam edilir. Islak gecelerde % 50'nin altında düzelme saptanan vakalarda ise

davranış tedavisine ek olarak doktora yönlendirilerek ilaçla tedavisinin de başlatılması aileye önerilir.

b) Sıvı Kısıtlanması ve Gece Uyandırma

Yatak ıslatma uykunun ilk saatlerinde daha sıktır. Bu sebeple ebeveynler çocuklarının kuru kalması ya da daha az yataklarını ıslatmaları için, kendileri yatmadan önce uyuyan çocuklarını tuvalete kaldırırlar. Uyandırma ve kaldırmanın çamaşır yıkama problemini azaltması dışında tek başına alt ıslatmanın iyileşmesine etkili olduğuna dair bir bilgi yoktur. Diğer yönden, akşam fazla sulu besin alan çocuklarda alt ıslatmanın daha sık olduğu bilinmektedir. Bu sebeple, akşam saatlerinde, fazla sulu besin alma alışkanlığı oları çocuklara bu yöntem önerilir. Ancak bu yöntemlerde çocuğun kesin işbirliği gerekmektedir.[6]

Bu konuda ailenin ev ortamında pratik olarak uygulayabileceği bazı önlemler ise şunlardır:

Uyku öncesi alınan sıvının kısıtlanması,

1- Çocuğa yatmadan 2 saat önce sıvı gıdalar verilmemelidir. Ancak bu durum fizyolojik kökenli alt ıslatmalarda tavsiye edilir yoksa ruhsal kökenli psikolojik alt ıslatmada çocuğun yatağa yatarken su içmesini engellemek, varolan karmaşa ve sıkıntıları arttırarak yarar yerine zarar verebilir.

2- Şekerli kafeinli içeceklerin-çay, kahve kola gibi- idrar torbası kasılmasını arttırdığı düşüncesiyle bunların gece alımı engellenmelidir.

Yatmadan önce WC ihtiyacı giderilmelidir.

Gece kalkıp tuvalete gitme bir hedef olarak kesinleştirilmelidir.

Çocuğun kuru kalma sorumluluğunu üstüne almasına yardım edilmelidir.

Tuvalete ulaşmak kolaylaştırılmalıdır. (koridor veya çocuk odası gece lambası ile aydınlatılmalı)

Her zaman aynı saatlerde yatması sağlanmalıdır.

Çocuk yattıktan bir saat sonra uyandırılmalı ve WC ihtiyacı giderilmelidir. (Çocuk bu hareketi bilinçli olarak yapmalı yani WC ye gittiğinin farkında olmalıdır.)

Gece kuru kalması için bez bağlanmamalıdır. Bu tür yöntemler temizlik için yararlı olmakla birlikte çocukların gece kalkma motivasyonlarını olumsuz etkilemektedir.

Önce çocukların kendiliğinden uyanması denenir, bu mümkün olmuyorsa ailenin çocuğu gece uyandırıp tuvalete gitmesini sağlayan program uygulanır. Daha önce başarılı olduğu gösterilmiş 6 günlük bir programın ayrıntıları aşağıda anlatılmıştır.

Altı Günlük Program

İlk gece çocuk gece 01:00'e kadar her saat başı uyandırılır. Çocukla konuşularak ve yürütülerek uyandığından emin olunur. Altı kuruysa övücü sözler söylenir ve "Tuvalete girme ihtiyacın var mı yoksa bir sonraki saati mi bekleyeceksin?" sorusu sorulur. Çocuk tuvalete gitmek isterse tek başına tuvalete yürümesi istenir. Eğer çocuk altını ıslatmışsa pijama ve iç çamaşırlarını kendisinin değiştirmesi teşvik edilir. Gece 1'de uyandırıldığında kuru olsa bile idrarını yapmaya çalışması söylenir.

Daha sonraki beş gece çocuk bir kez uyandırılır. İkinci gece uyuduktan 3 saat sonra, üçüncü gece 2. 5 saat sonra 2 saat ve böylece süre azaltılarak altıncı gece uyuduktan 1 saat sonra uyandırılır. Son gece, bundan sonra kendisinin uyanması söylenir.

Bu programdan sonra altını ıslatma tekrarlarsa (3 gün üst üste altını ıslatırsa) yeniden 6 gecelik uyandırma programı tekrarlanır.

Altı Günlük Program

1. GECE	Gece 01:00'e kadar her saat başı uyandırılır
2. GECE	Çocuk uyuduktan 3 saat sonra 1 kere uyandırılır
3. GECE	Çocuk uyuduktan 2, 5 saat sonra 1 kere uyandırılır
4. GECE	Çocuk uyuduktan 2 saat sonra 1 kere uyandırılır
5. GECE	Çocuk uyuduktan 1, 5 saat sonra 1 kere uyandırılır
6. GECE	Çocuk uyuduktan 1 saat sonra 1 kere uyandırılır

Bazı çalışmalarda bu program ile % 92 oranında çocukların kuru kalması sağlanmış, bunların sadece % 20'sinde ise ileriki zamanlarda yeniden altını ıslatma problemi tekrarlamıştır.

c) İdrar Torbası Eğitim Egzersizleri

İdrar torbası eğitimi, istemli olarak işeme sıklığının azaltılmasıyla idrar torbasının gerilip genişlemesi, fonksiyonel kapasitesinin artması esasına dayanır. İdrar torbası kapasitesi küçük, sık tuvalete giden çocuklar bu işlemden fayda görebilirler.[7] İdrar torbası egzersizleri genelde uykuda altını ıslatan çocuklarda daha çok kullanılmaktadır.

Bu yöntemle sık tuvalete gitme alışkanlığı kırılır. Bu çocuklar gece daha fazla süre idrar tutabilirler. Tek başına yeterli olmamakla birlikte özellikle

alarm tedavisine ek olarak kullanıldığında başarı şansını arttırır.[8]

Fonksiyonel idrar torbası kapasitesinin arttırılması işeme aralıklarının istemli olarak uzatılmasıyla sağlanabilir. İdrar akımının istemli olarak durdurulması gibi egzersizler bu tekniğe eklenebilir. Gündüz sıvı yüklenerek tekniğin etkinliği arttırılabilir. Bu şekilde uygulanan tedavinin, sıvı kısıtlaması ve rast gele uyandırma veya psikoterapiye göre daha etkili olduğu gösterilmiştir.[9]

İşeme sıklığı ve atılan idrar miktarı üç gün izlenerek bir baz elde edilir.

Çift İşeme Egzersizi

> *İdrar torbası çıkışındaki kas normal işeme sırasında idrarın birkaç kez durdurulması ile güçlendirilebilir.*

Yukarıda ele alınanların dışında çocuğa düzenli aralıklarla tuvalete gitmesini önermek, işeme sırasında uygun pozisyon (oturarak) ve çift işeme ile idrar torbasının tam boşalmasına olanak vermek çok önemlidir. İdrar torbası çıkışındaki kas normal işeme sırasında idrarın birkaç kez durdurulması ile güçlendirilebilir.

Bu önemli bir egzersiz olup ilk başlarda alıştırılırken aile kontrolünde yaptırılmalıdır. İdrar yapmaya başlayınca 2 saniye sonra durdurması kısa bir aradan sonra geri kalan idranın da boşaltılması şeklinde uygulanır. 1 hafta sonra işeme iki yerine üçe bölünerek idrar torbası çıkışındaki kasların daha da kuvvetlenmesi sağlanır.

Çocuklarda İdrar Torbası (Mesane) Kapasitesi

- Erişkin idrar torbası kapasitesi 500-600 mL.’dir.
- Çocuklarda idrar torbası kapasitesi = (yaş + 2) x 30 mL



Bu formüle göre aşağıdaki örnek verilebilir:

- Örnek: Altı yaşındaki bir çocuğun idrar torbası kapasitesi 6 yaşındaki bir çocuk = (6+2) x 30= 240 mL' dir.[10]

Dikkat: İdrar yapma sıklığı günde 7 defadan fazlaysa fonksiyonel idrar torbası kapasitesi azlığı düşünülür ve bu kapasite arttırılmaya çalışılır. İdrar torbasındaki bu sınırlılık bol sıvı alımı ve işemenin mümkün olduğunca ertelenmesi sağlanarak düzeltilmeye çalışılır.

Her gün belli zamanda, genellikle sabahları veya okuldan sonra, çocuğun fazla miktarda sıvı içmesi (500'er cc kadar yani sabah-akşam 2'şer bardak sıvı) ve idrar yapmayı mümkün olduğu kadar ertelemesi istenir. Atılan idrar haftada birkaç defa ölçülür. Amaç, yeteri kadar idrarı tutabilen bir idrar torbası (idrar torbası) kapasitesine ulaşmaktır. Bu yöntem tek başına veya kas eğitim eksersizleri (çift işeme egzersizi) ile birlikte % 30 ile % 35 çocukta başarılıdır.[11]

Altı aylık uygulama sonunda çocukların % 35 inde tam kuruluk, % 66'sında ise belirgin iyileşme görüldüğünü bildiren araştırmalar mevcuttur.

NOT: Bu egzersizler kitabın başında değinilen 'organik faktörler' gibi alt ıslatmaya sebep olabilecek diğer problemler başvurduğunuz doktor tarafından elendikten sonra yapılabilir. Bu tip egzersizler idrar yolu enfeksiyonu olan, gündüz ciddi işeme problemleri olan (Gündüz idrar kaçırma +sıkışarak idrara gitme gibi) çocuklarda uygulanmamalıdır. İdrar yolu enfeksiyonu başlığı daha önce ifade ettiğimiz Vezikoüretral reflüsü (VUR) olan bir çocukta idrar tutma ile idrar torbası basıncını arttırma olayın daha da şiddetlenmesine yol açabilir.[12] Genelde idrar torbası egzersizleri uykuda altını ıslatan çocuklarda daha çok kullanılmaktadır.

Ek Bilgi: İdrarın Özellikleri

İdrar, metabolizma sonucu üretilen artık maddelerin taşındığı % 95 oranında sudan oluşan sarı renkli bir sıvıdır. Normal bir insan günde 1200-1700 ml kadar idrar çıkarır. Bu miktar bazı durumlara bağlı olarak değişir.

İçilen su miktarı, beslenme tarzı, diüretik (idrar söktürücü) kullanımı, kullanılan ilaçlar, ortamın sıcaklığı, kan basıncına bağlı olarak idrar miktarı ve niteliği değişir.

d) Alarm Cihazı Kullanarak Şartlandırma

ÖN BİLGİ: Bu tedavide elektrolitik prensiplerle çalışan alarm aletleri kullanılmaktadır. "Alarm Device", "Conditioning Devices" veya "Bell-and-Pad" adları verilen bu sistem, ilk olarak 1904 'te, Alman pediatrist Pfaundler tarafından gündeme getirilmiş ve ıslak yatakların değiştirilmesi gerektiğinde, servis hemşirelerini uyarmak amacıyla kullanılmıştır. Sistem zamanla çocukların kendi kendilerine kullanabileceği şekilde değiştirilmiştir.[13]

Bu sistem, hasta yatağını ıslattığı an, bir damla idrarın çocuğun üzerinde yattığı telli pede veya iç çamaşırına yerleştirilen bir algılayıcıya temas etmesiyle, alarm zili veya vızıltıya benzer ses çıkaran bir aletle (buzzer), çocuğun uyandırılmasına dayanır. Daha sonraları bunların pijamaya takılmak suretiyle kullanılan şekilleri de geliştirilmiştir. Böylece işenen ilk bir kaç damla ile uyandırılıp tuvalete yetişmesine olanak sağlanmıştır. Bu kondisyon aleti hızla yatak ıslatmayı keser.

Davranış değiştirme metodunda, ödüllendirme, motivasyon ve beraberinde 'alarm tedavisi' dediğimiz yatak ıslatılırken çalarak çocuğu uyandıran bir zil sistemi kullanılır. Ailenin katılımını ve uzun süren ısrarlı bir tedaviyi gerektirir. Burada "**Şartlı refleks**" oluşturup gece idrar torbası dolumunu algılamayı öğreten alarm cihazı tedavisi tatbik edilir. Bu yöntemlerde çocuğun ve ailenin sıkı ilgisi şarttır.

Gece işemesi aynı zamanda bir derin uyku hastalığıdır. Hasta, derin uykuda olduğundan normal olarak oluşan idrar torbası kasılmalarını algılayamaz ve idrar torbası basıncındaki artışı hissedemez, sonuç olarak yatağı ıslatır. Alarm cihazları ıslaklığa duyarlıdır ve idrarın bir damlasıyla bile çocuğu uyarır ve uyanmasını sağlar.

Alarm cihazları çocuk idrar kaçırmaya başlar başlamaz harekete geçen ve aynı anda beynin de bu uyarıyla devreye girmesiyle çocuğun uyanıp idrar torbasını kontrol etmesi konusunda yardımcı olan araçlardır.

Bu da şu şekilde gerçekleşir: Alarm cihazlarında, alarm çocuğu uyandırır ve daha önemlisi istemli olarak kontrol edilebilen idrar torbası çıkışındaki dış kasın aniden kasılmasına sebep olarak idrarın idrar torbasından akmasını önler. Uyarı ses şeklindedir. İdrar gelmesini takiben alarmın çalışmasıyla tekrar tekrar uyandırılma beyni, idrar torbası üzerindeki otomatik kontrolü sağlaması konusunda eğitir. Nihayetinde, hasta ya idrar gelmeden

uyanacaktır veya idrar torbasını boşaltmaya ihtiyaç duymadan bütün gece uyuyacaktır.

Alarm cihazları çocuğun gece tuvalete kalkma alışkanlığını edinmesine yardımcı olmakta ve böylece kalıcı bir tedavi imkânı sağlamaktadır. Bundan sonrası çocuğa kalmıştır. Çocuk kalkıp alarmı dikilen cepten çıkartıp sallayarak veya silerek kurutmalı, tuvalete gidip çişini yapmalıdır.

Eğer alarm çaldığı halde uyanamamış ve tamamen altını ıslatmışsa banyoya gidip çamaşırlarını değiştirmeli ve alarm cihazını kuru çamaşırlardaki yerine yerleştirmelidir. Bu tür cihazların temel amacı çocuğa gece kalkma alışkanlığını kazandırmaktır.

Enürezis nokturnanın (gece işemesi) tedavisi geceleri hastanın kendi kendine uyanarak tuvalete gitmesidir. Gece alt ıslatma durumlarında bu alarm çocuğa bu yeteneği kazandırdığı için daha kalıcı ve tekrarlama olasılığı çok daha az bir tedavi olanağı sağlar. Ayrıca alt ıslatma alarmının fonksiyonel idrar torbası kapasitesini artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Alt ıslatma alarmının bu etkisinin de ayrıca tedavide rolü olduğu düşünülmektedir.

NOT: Beş yaşından sonra çocuğunuz altını ıslatsa bile kesinlikle bez bağlamayınız. Bu kural alarm kullanımı sırasında da geçerlidir çünkü çocuk beze güvenerek rahatça uykusunu uyuyacak ve altını ıslatma alışkanlığını devam ettirecektir.

Alarm Cihazlarını Nasıl Kullanılır?

Yatak ıslatma çoğu durumlarda, derin uykudan kaynaklanmaktadır. Beyin tarafından kalkıp banyoya (tuvalete) gitmek için verilen emir, derin uykuda pek etkili olmamaktadır.

Alarm cihazları sensörleri ile gelen emirleri takviye eder ve çocuğa altını ıslatmadan uyanmayı öğretir. Alarm cihazları ıslaklığa duyarlıdır ve yalnız çocuk altını ıslattığında çalar.

DİKKAT: Geceleyin uykuda istemeyerek idrar kaçırma tedavisi programında başarılı olabilmek için önce çocuğun istekli bir katılımcı olması gerekir. Programın nasıl işleyeceği çocukla konuşulmalı. Alarmın nasıl çaldığı ve kullanılışında gereken basamaklar ona doğru olarak öğretilmeli

Öğretim Sırasında Bilinmesi Gerekenler

İlk bir veya iki hafta boyunca, çocuğun alarma alışması için ana-babanın yardımına ihtiyaç vardır. Bu sürede çocuğun yatağı ıslatmaya devam etmesi hayli sık görülmektedir. Çişini tamamen yapmış olsa da banyoya gitmeyi keşfetmeye başlar. Takip eden birkaç haftada çocuğunuz işemeyi çok daha erken kesip bunu tuvalette tamamlamayı öğrenecektir. Sürekli öğretimle her seferinde işeme daha da azalacak ve istenilen başarı sağlanacaktır.

Kısa bir zaman sonra çocuk sıkıştığında alarmdan önce davranarak kendiliğinden uyanmaya başlayacaktır. Tabii ki zaman zaman alarmın çaldığı da olacaktır ama ıslaklık sadece küçük bir miktar çamaşırda olacak ve yatak kuru kalacaktır.

Üç ila altı ay sonra çocuk sürekli bir kuruluk süreci yaşayacaktır. Bu arada tek tük ıslatma olayı olma olasılığı bulunduğundan bir ay boyunca süren kuruluğu elde edene dek alarmı kullanmaya devam edilmeli, bu başarıldığında alarm artık kullanılmamalı.

Bir ay veya daha uzun süreli kuruluktan sonra ıslatma nüksederse alarmı vakit kaybetmeden kullanılmaya başlanılmalı. Unutulmamalı ki nüksetmiş hastalığı tedavi etmek başlangıçtaki tedaviden daha kolaydır. Çocuğun alarma alışmayacağı ihtimali de olduğundan anne-babanın yardımına özellikle gerek olabilir.

Alarm Cihazlarının Kullanımı

1. Bu tür alarmlarda genelde işitme cihazlarındaki 1,4 voltluk piller kullanılır bu pillerin düşük voltajlı oluşu herhangi bir elektrik şoku ihtimalini ortadan kaldırmaktadır.

2. Alarm cihazını cırt cırtlı şeritlerine tutturun. Kabloyu pijamanın yakasından geçirip aşağıdan çıkartın. Islaklığa duyarlı parçayı daha önceden dikilmiş cebin içine koyun. Çok az bir ıslaklığın bile alarmı çalıştırmaya yeteceğinden çocuğunuzun yatağa girmeden önce üstüne su damlatmamasına dikkat edin. İşemeden dolayı ıslanıp alarmı çalıştıran parçayı çocuğunuz cepten çıkartıp kendi kendine sallayarak veya silerek kurutabilir. Ve alarmı susturabilir.

3. Çocuğunuza alarmı duyduğu ilk anda ses sanki rüyanın bir parçasıymış gibi gelse de işemeyi kesmesi gerektiğini hatırlatmalısınız.

Tedavinin daha etkili olabilmesi için alarm çocuğunuz tarafından susturulmalıdır.

4. İlk birkaç hafta alarmı duyduğunuzda çocuğunuzun banyoya gitmesine ve çişini orada yapmasına yardım ediniz. Çocuğunuz için kesinlikle alarmı susturmayın. Odanın ışığını yakın. Ve çocuğunuz uyanana kadar alarmın çalışmasına izin verin. Tedavinin daha etkili olabilmesi için alarm çocuğunuz tarafından susturulmalıdır.

5. Çocuğunuz her gece düzenli olarak tuvalete kaldırmayın (doktor tavsiyesi yoksa) Bunu yaparsanız alarm çalmayacak tedavi oluşmayacak ve çocuğunuz bağımsız olarak uyanıp tuvalete gitmeyi öğrenemeyecek.

6. Eğer çocuğunuz altını fazla ıslattıysa yatağa dönmeden önce mutlaka üstünü değiştirmeli ve alarmı kuru giyeceğine koyarak yatmalıdır. Eğer yatak çok ıslanmışsa üzerine bir örtü veya havlu serilmeli ve böylece yeni kuru cebin kuru kalması sağlanmalıdır.

7. Her gece bir saatlik fazla uyku (erken yatma) veya düzenli olarak alınacak öğlen uykusu hem çocuğunuzun iyice dinlenmesine hem de alarm sesine daha çabuk tepki göstermesine yardımcı olacaktır. Aşırı yorgunluk çocuğunuzun uykusuna daha ağırlaştırıp alarma tepki süresini uzatabilir.

8. Gece lambası kullanımı da derin uykudaki çocuğun alarma daha çabuk tepki vermesini sağlar. 7, 5 watt'lık gece lambası bu iş için çok uygundur. Eğer bu ışık yetersiz kalırsa çocuğunuz uyuduktan sonra 25 watt'lık bir lamba yakabilirsiniz.

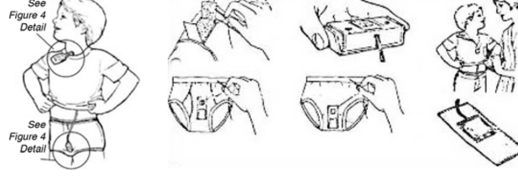
9. Çocuğunuzda gördüğünüz bütün gelişmeler için onu övün. Hele hele alarmdan önce davranırsa ödüllendirin. Alarm ile birlikte aylık çizelge başarılarını gösteren kâğıdı da işaretleyin. Eğer az miktarda ıslatırsa bulut, tamamen kuru olarak geceyi geçirirse güneş resmi çizin veya çizdirin.

10. Bazı çocuklar uyandıkları halde çişlerini tutamamakta ve gün boyu az da olsa altlarına kaçırmaktadır. Bu idrar yollarındaki kasın güçsüzlüğünü gösterir. Bu kas normal işeme sırasında idrarın birkaç kez durdurulması ile güçlendirilebilir. (bkz. çift işeme egzersizi)

Bu alarmlar kolay kullanımıyla, hijyenik yan tesirsiz bir tedavi sunar. Alt ıslatma alarmı hem kız hem de erkek çocuklarının kullanabileceği anatomik tasarımlı bir yapıya sahiptir. Tedavi süreleri ortalama 2-3 ay arasında değişir. Tam kuruluğun sağlanması ortalama 2 ay gerektirmektedir. Başarı birçok yazarca birbirini takip eden 14, 18 gün kuru kalmak şeklinde

tanımlanır. Zor vakalarda 4-6 aylık tedavi sonrası % 60-85 başarı sağlanır. Alarm tedavisi sonunda problemin tekrarlama riski % 5-30’dur.[14]

Tüm bu süreç esnasında çocuğun altı kesinlikle bezlenmemelidir.



Bunlara cevap alınamazsa ilaç tedavisi denenir.

Birincil tip alt ıslatma tedavisi çocuk hekimlerince de yapılabilir. Ancak olgular tedaviye dirençliyse, birlikte davranış ve duygulanım problemleri varsa, zorlu hayat şarlarından sonra başlayan ikincil tip alt ıslatma söz konusu ise bir çocuk ruh sağlığı birimine (çocuk ve ergen psikiyatırına)başvurmak gereklidir.

e) Akupunktur Tedavisi

Uzakdoğu’da doğan akupunktur yöntemi tüm dünyada bilimsel çalışmalarla tedaviye olumlu etkileri ispatlanmış tedavi yöntemlerinden biridir. Akupunktur, birçok hastalığın tedavisinde kullanıldığı gibi ‘alt ıslatma’ probleminde de kullanılan, bilimsel bir tedavi yöntemidir. Çin’de yaklaşık 5. 000 yıl önce Uygur Türkleri tarafından bulunmuştur. Acus (iğne), puncture (batırmak) sözcüklerinin birleşmesinden meydana gelmiş olup, batı dilinde akupunktur şeklinde kullanılır.

İğneler, altın, gümüş, bakır ve paslanmaz çelikten yapılır. Hastalığın ve kişinin özelliğine göre metalin türü seçilir.

İğne ile akupunktur tedavisinde etkili olan en önemli unsur, iğnenin kendisi değil yeri ve özelliği belli olan, 3 boyutlu (eni, boyu ve derinliği olan), vücut yüzeyindeki girişi nokta olan bölgelerdir. Eğer tedavide bu noktalar doğru bir şekilde uyarılamaz ise iğneyi batırmanın etkisi olmaz. Akupunktur’daki amaç, önce noktayı uyarmaktır. Bahsedilen uyarı iğne ile lazer ile (lazer akupunktur), parmaklar (akupressür ve masaj) ile lazer (lazer akupunkturu) ile yapılabilir. Bu yöntemlerin hepsi tedavi edicidir.

Alt ıslatma probleminde kullanıldığı bilinmesine rağmen bu konuda dünya literatüründe yayınlanmış çok az çalışma vardır. Japonya’ da, Sadece geceleri altını ıslatan 15 hasta üzerinde yapılan araştırmanın sonucunda, akupunkturun gece alt ıslatma tedavisinde gece idrar torbası kapasitesini

arttırarak yararlı olabileceği ve konvansiyonel tedavilere alternatif olarak düşünülebileceği gösterilmiştir.[15]

İstanbul'da Kayışdağı Darülaceze Çocukevi'nde kalan ve enürezis nokturna (Çocuklarda gece alt ıslatma) şikâyeti olan darülaceze sakinlerine de akupunktur uygulaması yapılıyor.

Ülkemizde ise sağlık bakanlığı 1991 yılında akupunkturu resmi olarak onaylamıştır. Bugün ancak sağlık bakanlığının sertifika verdiği hekimler uygulama yetkisine sahiptir. Dünya sağlık örgütü (WHO) nun önerdiği akupunktur kullanım alanları arasında 'alt ıslatma' da bulunmaktadır ve bu 1970 yılında batı da kabul edilmiş bir yöntemdir.

2. İlaçla Tedavi

Elde edilen bulgular doğrultusunda doktor tarafından ilaçlar verilir. Örneğin idrar yollarında iltihap tespit edilmişse ki, kız çocuklarından oluşan vakalarda %'50 sinin sebebi budur, ona özel antibiyotik kullanılır. Psikolojik sebeplerden kaynaklandığı tespit edilmişse çocukluk çağında güvenle kullanılan özel antidepresan ilaçlar tavsiye edilir. İlaç tedavisi ile % 10-60 arasında iyileşme sağlanmakta, fakat tedavi kesildikten sonra % 60-90'a varan oranda tekrar riski bulunmaktadır. Bu sebeple son yılarda alarm ve ilaç tedavisinin birlikte kullanılması önerilmektedir.

NOT: Tedavi başlandıktan sonra çocuk aylık kontrollere götürülür, bu kontroller sırasında aylık ıslatma çizelgeleri incelenir ve çocukların ilaca uyumu ve olası yan etkiler çocuk ürologu, Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ya da ürolog tarafından sorgulanır.

Uykusunun ağırlığından dolayı işeme gerçekleşen vakalarda kullanılan ilacın uykunun ağırlığını azaltmada yararı vardır. Uykusu hafifleyen çocuk gece idrarını tutabilir veya uyanarak tuvalete gidebilir.

Ultrason ile yapılan araştırmada idrar torbası kapasitesi düşük bulunan çocuklarda idrar torbası genişletici ilaçların faydası çoktur. Bunlar İdrar torbası düz kasını gevşetir. İstemsiz idrar torbası kasılmaları olan kişilerde idrar kesesi kapasitesini büyümesini sağlar, idrar yapma dürtüsünü geciktirip engeller.

İdrar yollarında organik bozukluk bulunursa ameliyat ile düzeltilmelidir.

Geniz eti, iri bademcik sebebiyle nefes almada zorluk varsa bunlarda KBB doktorları tarafından cerrahi müdahale ile alınmalıdır.

Kansızlık tespit edilmiş ise, doktor tarafından kan yapıcı vitamin, demir çinko ilaçları ve diyet verilir. Kalsiyum eksikliği düşünülürse kalsiyumlu diyet ve ilaçlar tavsiye edilir.

Sentetik ADH türevi ilaçlar da mevcuttur. (Gece salgılanması gereken ve idrar oluşumunu azaltan antidiüretik (ADH) hormonun suni olarak elde edilmiş hali.) Antidiüretik hormon tablet ve nazal spreylerinin (burundan) gece kullanılması ile de gece işemesi durdurulabilir. İsabetli teşhis ve tedavi ile başarı % 60'tır. Bu tip ilaçlar idrar miktarını azaltarak etki eder.

NOT: Okullarda gerçekleştirlen gezi, kamp ve diğer yatılı programlarda bu türdeki ilaçların gece alt ıslatma problemini ortadan kaldırdığı bu programlar süresince çocukların problem yaşamadığı gözlemlenmiştir. Desmopressin (DDAVP) içeren ilaçlar bu tür yatılı programlarda problem yaşanmasını engeller.

İlaç kullanılmasa da ergenlik çağından sonra gece işemelerinin geçme ihtimali çok yüksektir. 8 yaşında olan ve gece işeyen bir çocuk 12, 15 veya 18 yaşında işemeden kesilebilirse de tedavisi mümkün olduğu için beklenilmesinin bir mantığı yoktur. Gece işeyenlerin sadece % 2 si yirmili yaşlardan sonra da devam eder. Bu kişilerde organik bozuklukların olma ihtimali çok yüksektir.

Alt Islatma Tedavisi Kısırlık Yapar mı?

Tedavide kullanılan ilaçlar 45-50 yıldır kullanılan ve güvenilirliği ispat edilmiş ilaçlardır. Örneğin imipramin adlı ilaç alt ıslatma tedavisinde ilk kez 1960 da Mc Clean tarafından kullanılarak etkisi gösterilmiş bir ilaçtır. Sonraki çalışmalarla da etkinliği desteklenmiştir.

Uzman hekimler tarafından sıklıkla kullanılan Desmopressin isimli ilaç ise ilk kez 1967 yılında Çekoslavak bilimler akademisinde Zaoral ve arkadaşları tarafından, Vasopressinin moleküler yapısında iki kimyasal modifikasyon yapılarak sentezlenmiştir. Bunların zararlı olacak ve hele kısırlık gibi bir yan tesiri yoktur. Türkiye de olduğu gibi ABD dâhil tüm dünyada ortak kullanılan ilaçlardır. İsviçre'deki 24 merkezde ortak olarak yürütülen ve 24 ay süre ile devam eden bir araştırmada, desmopressin

kullanımında, etkinliğin ve hasta uyumunun çok yüksek olduğu bulunmuştur.[16]

Gidilecek uzman çocuk ürologları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya üroloji hekimleri konu hakkında daha detaylı bilgi sunacaktır.

Şurası bilinmelidir ki, enurezisi (alt ısltma problemi) kısa sürede kökünden kazıyacak mucizevî bir tedavi metodu yoktur. İlgi, sabır, anlayış ve tedavi eden doktor ile aile ve çocuk arasındaki sıcak ilişki başarının püf noktasıdır.

Her hastalıkta olduğu gibi, yatak ıslatma probleminde de, "hastalık yok, hasta var" prensibi uygulanıp, kişiye özgü, zamanında ve aktif bir tedavi yaklaşımıyla kuru geceler ve mutlu bireyler sağlamak mümkün olacaktır.

NOT: Alt ıslatma probleminde kullanılan ilaçları antibiyotik gibi düşünmemek gerekir. Tedavide herkes için standart bir kullanım süresi yoktur. Çocuğun durumuna göre bu süre değişir ve önceden tahmin edilemez. Üç ayda bir son durum gözden geçirilip gidilen doktor ile bu paylaşılmalıdır.

1 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Mark SD, Frank JD. Nocturnal Enuresis. Br J Urol 1995; 75: 427- 434.

Hjalmas K. SWEET, the Swedish Enuresis Trial. Scand J Urol Nephrol 1994; 163: 39- 47.

Watanabe H. Social and Treatment Perspective in Japan. In Arst International Workshop 1993. Edited by J. C. Djurhuus, T. M. Jorgensen, J. P. Norgaard, K. Hjalmas, P. Wasserman and A. Harris. Aarhus, Denmark: International Enuresis Research Center, 1993; 29.

2 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Hagglöf B, Andren O, Bergstrom E, Marklund L, Wendelius M. Self-Esteemin Children with Nocturnal Enuresis and Urinary Incontinence. Eur Urol 1998; 33 (13):16-19.

Hussman DA. Enuresis; Urol 1996; 48 (2): 183- 93.

3 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Hussman DA. Enuresis; Urol 1996; 48 (2): 183- 93.

Özcan YZ. Primer enürezis nokturnalı çocukların depresyon, özbenlik saygısı ve davranış bozuklukları açısından normal çocuklarla karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2000, İstanbul

4 Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

5 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

6 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co,
1990; 325- 336.

Kirk J, Vestergaard R, Ritting S, Djurhuus J. Provaked Enuresis-like Episodes in Healthy Children 7 to 12 Years Old. J Urol 1996; 156 (1): 210- 3.

Bloom D, Park J, Koc H. Comments on pediatric Elimination Dysfunction: The Wharf Hypothesis. The Elimination ınterview, The Guarding Reflex and Nocturnal Enuresis. Eur Urol 1998; 33 (3): 20- 24.

7 Gordon A, Mc Larie N. In Continence and Enuresis. Pediatric Clinics of North America 1987; 34 (5): 1155- 72.

Ulman i. Primer Nokturnal Enüreziste Güncel Yaklaşımlar. 1999, Er-Kim İlaç Konferans Sunumu.

8 Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co, 1990; 325- 336.

Mark SD, Frank JD. Nocturnal Enuresis. Br J Urol 1995; 75: 427- 434.

9 Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

10 http://www. ibtf. ibu. edu. tr/ders0607/prog3. pdf . Yrd. Doç. Dr. Gökhan Baysoy, Bolu Enürezis Sıklığı Çalışması. AİBÜ İBTF Pediatri AD.

11 Zoroğlu, Salih Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Enürezis Nocturna Seminer Notları, 2003

12 Hagglöf B, Andren O, Bergstrom E, Marklund L, Wendelius M. Self-Esteem in Children with Nocturnal Enuresis and Urinary Incontinence. Eur Urol 1998; 33 (13):16-19.

13 Gordon A, Mc Larie N. In Continence and Enuresis. Pediatric Clinics of
North America 1987; 34 (5): 1155- 72.

Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and
Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co,
1990; 325- 336

Bloom D, Park J, Koc H. Comments on pediatric Elimination Dysfunction: The Wharf Hypothesis. The Elimination ınterview, The Guarding Reflex and Nocturnal Enuresis. Eur Urol 1998; 33 (3): 20- 24.

14 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and
Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co, 1990; 325- 336

Özcan YZ. Primer enürezis nokturnalı çocukların depresyon, özbenlik
saygısı ve davranış bozuklukları açısından normal çocuklarla karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2000, İstanbul

15 Serel TA, Perk H, Koyuncuoğlu HR, Koşar A, Çelik K, Deniz N. Acupuncture therapy in the management of persistant primary nocturnal enuresispreliminary results. Scand J Urol Nephrol 2001; 35 (1): 43.

16 Koff SA. Why is Desmopressin sometimes ineffective at curing bedwetting? Pediatr Nephrol 1996; 10 (5): 667- 70.

Hjalmas K. SWEET, the Swedish Enuresis Trial. Scand J Urol Nephrol 1994; 163: 39- 47.

Stenberg A, Lackgren G. Desmopresin tablet treatment in nocturnal enuresis. Scan J Urol Nephrol 1994; 163: 39- 47.

Üçüncü Bölüm
TUVALET EĞİTİMİ DÖNEMİ VE PROBLEMLERİ

12-36. aylar arasındaki dönemdir. Bu dönem de, artık çocuğun kendi ayakları üzerinde şöyle bir durmasıyla, yürümeye başlamasıyla birlikte, yavaş yavaş “ortak yaşam “ya da “sembiyotik yaşam” dediğimiz süreç çözülmeye başlar, Artık çocuk kendi kendine kullanabileceği birtakım yetenekleri keşfetmiştir.

Bu keşifle birlikte çocukta bir merak dönemi başlar. Her şeye “benim” diyerek atılır, dünyanın merkezinin kendisi olduğunu düşündüğü çağdır bu. Her şeyi eller, karıştırır, her yere çıkar, her yerden iner. Onun için tehlike söz konusu değildir. Bütün öğrenebilecekleri denemek, algılamak ve uygulayarak kendisine katmak ister.

Özerklik Dönemi

Doğaldır ki, bu arada özgürlüğünün sınırlarını da zorlamaktadır çocuk. Bu döneme “özerklik dönemi” diyoruz, yani her şey çocuğun kendisinin elindedir ve böyle olmasını ister. O yüzden de anne ile sürtüşmenin başladığı bir dönemdir, merak duygusu içinde özgürlüğünün tadını çıkarmak için yola çıkmıştır o. Anne ise durdurmak, sınırlamak için beklemektedir. “Dur, yapma, gitme, alma, çıkma, elleme” şeklinde engellerle onun ardındadır. Bunun sonucu çocukta, anneye karşı, anneye yönelik duygularında bir çatışma ortaya çıkar. Bu dönem çocuğu bir yandan anneye bağımlıdır, ondan tümüyle kopmamıştır, gereksinim duymaktadır;

Bir yandan da onun dediklerini yapmama, kendi sınırlarını anneye tanıtma konusunda anneyle kıyasıya bir mücadele içindedir.

Bu özerklik savaşı kendini anneyle çocuk arasında belirgin olarak üç alanda gösterir: Tuvalet eğitimi, beslenme ve uyku alanları.

Bu döneme "anal dönem", "tuvalet eğitimi dönemi" de denilmektedir. Bu önemde artık ağız bölgesi önemini yitirmiş, anal bölge özellik kazanmıştır. Bu yaşlarda çocuk için kakası ya da çişi. annesiyle girdiği savaşta çok etkin araçlardır, Bunları istediği yere, kendi istediği zaman yapacaktır; sınır tanımak istemeyecektir. Oysa bu dönemde anne de ona tuvalet eğitimini vermeye çalıştığı için yer, zaman belirleme konusunda anneyle çocuk arasında bir sürtüşme ortaya çıkmaktadır.

Yapılan 1. Hata

Bu dönemde çocuğu tümüyle boş mu bırakalım, yoksa çok mu dizginleyelim? Bu dönem çocuğu hiç sınır tanımak istemez, biz de onu sınırsızlığa bırakırsak bunun sonuçları ne olur? Bu dönemde çocuklar hiç sınırla tanışmadıklarında; engellendiğinde öfke nöbetleri geçiren, kural tanımaz, bencil, yere yatıp tepinen, başını duvarlara vuran çocuklar olarak geliştirirler. Vurucu, kırıcı olurlar. Çişini kakasını nereye, nasıl yapacağını öğrenemeyen çocuklar kakayla, çişle dolaşırlar; bundan dolayı hiçbir kaygı duymazlar, yer ve zaman tanımazlar. Bir diğer uçta, engeller yersiz ve aşırı olduğunda, çocuğun fıtratına uymayan engeller konulduğunda neler ortaya çıkar?

Yapılan 2. Hata

Bu dönemde dağıtıcı, meraklı, hareketli, karıştırıcı, özellikler gösteren çocuk fazlaca kısıtlanıp bu nitelikleri bastırılırsa; aşırı uysal, edilgin, kuralcı olabilir; çocukta aşırı titizlik, düzen düşkünlüğü gelişebilir.

Tuvalet eğitimine çocuk fizyolojik ve ruhsal açıdan hazır olmadan başlandığında ya da aşırı baskıcı, esnekliğe, eğitimin başlangıcındaki küçük kaçırmalara bile izin vermeyen bir tuvalet eğitimi ile çocuk ele alındığında; bu dönemde aşırı baskı ve denetim sonucu tuvalet eğitimi kazanılsa bile çocuk daha sonraki yaşlarda herhangi bir stres etmeni ile karşılaştığında çiş ya da kaka kaçırma (enürezis, enkoprezis) belirtileri ile birlikte tuvalet eğitimi dönemi içinde çözümlenmemiş olan süreç yeniden gündeme gelir.

Öyleyse, Özerklik Döneminde Biz Çocukları Nasıl Ele Almalıyız?

Bu dönemde doğası gereği aşırı direnen, tutturan çocuğun inadına inatla karşılık vermek, inadının üstüne gitmek, korkutmak geçersizdir ve olumsuz sonuçlar verecektir. Tutturduğunda dikkatini başka alanlara çekmek farklı seçenekler sunmak uygun bir tutum olabilir. Tuvalet eğimi verirken sabırlı, ufak aksamalarda abartılı, titiz bir kaygıyla tepki vermeyen, eğitimi oyunla veren ancak kararlı bir ana baba tutumunun çok yarar sağlayacağı bilinmelidir. Çocuğun çiş ya da kakasının gelmiş olacağının varsayıldığı saatlerde onu tuvalete götürmek, bu işlemi uygun ve belirli aralıklarda yinelemek ve haber verdiğinde ödüllendirmek yeterli olacaktır.

Ayrıca bu dönem çocuğu çok karıştırıcı ve tehlike bilmez olduğundan, onu tehlikelerden korumak konusunda dikkatli davranmak gerekir. Tehlikelerden korumak için çocuğu büsbütün kısıtlamayarak; uygun ortamları evin içinde rahatça oynayabileceği, döküp saçabileceği köşeleri ona sağlayabilmek yararlı olacaktır,

Bu dönem çocuğun eğitiminde “özerklik dönemi” nin gelişimsel özellikleri dikkate alınarak fazla kuralcı, fazla baskılı olmayan, çocuğun kendi kabiliyetlerini tanıyıp kullanımına fırsat tanıyan ancak gerektiğinde sınırlayıcı ve değişken olmayan bir tutum izlendiğinde hem çocukla ana-baba arasındaki gerginlikler en aza indirilmiş olur.

Bu yaş çocuklarında su oyunları, toprak ve kum oyunları, ses çıkaran, vurmalı, takmalı oyunlar, takıp çıkarmalı oyuncaklar, gerek karıştırıcılık, bulaştırıcılık, gerekse merak ve saldırganlık eğilimlerini boşaltma, yönlendirme açısından uygun oyun seçenekleridir.

Tuvalet Eğitimi Ne Zaman Başlamalı?

Tuvalet eğitimi, çocuğun sosyal gelişiminde önemli bir basamaktır. Her çocuğun tuvalet eğitimine hazır olma yaşı farklıdır Bazıları 18-24 ay arası buna hazır olma belirtileri gösterirken, bazı çocukta ise 30 aya kadar beklemek gerekecektir.

Genellikle kız çocukları erkek çocuklarından daha önce idrar torbası ve barsak kaslarını kontrol etmeyi öğrenirler. (Kızlarda genellikle 2, 5 yaş civarında, erkeklerde ise 3 yaş civarında) Önemli olan çocuğunuz tuvalet

terbiyesi için hazır olmadan bu terbiyeyi vermek için acele edip baskı kurmamaktır.

Sağlıklı çocuklar genelde 2 yaşına kadar gündüz idrar kontrolünü öğrenirler. Gece idrar kontrolünü ise; 4 yaşına kadar tamamlamış olmaları gerekir.

Çocuğun tuvalet eğitimine çocuğun idrar torbası çıkışındaki kasları üzerindeki denetimini kazanmaya başladığı 1. 5 yaş civarında başlanması daha uygun olur.

Çocuk tuvaletini söylemeye başlar başlamaz artık geceleri de bezsiz yatırılabilir.

Tuvalet eğitimine 2. 5 yaşından sonra başlanması da alt ıslatma problemi için zemin hazırlayabilir.

Tuvalet Eğitimine Hazır Olduğunu Gösteren İpuçları

Tuvalet eğitimine başlayabilmek için;

1- Çocuk yürüyebiliyorsa,

2- Basit emirleri yerine getirebiliyorsa,

3- İsteklerini basit kelimelerle konuşarak anlatabiliyorsa,

Temel zemin hazır anlamına gelmektedir. Bundan sonraki aşamada aşağıdaki davranışların varlığı tespit edilmelidir.

4- Çocuk, gündüzleri en az 2 saat kuru kalmaktadır.

5- Öğle uykularından kuru kalkmaktadır.

Ev taşıma, kardeş doğumu, ailede ölüm, ayrılık gibi stresli dönemler tuvalet eğitimine başlamak için uygun zamanlar değildir.

6- Bağırsak hareketleri belli zamanda gerçekleşmekte, önceden tahmin edilebilmektedir. Barsak faaliyetleri düzenli ve daha önceden tahmin edilebiliyor mu? (Bazı çocuklar günde 2-3 kez, bazıları ise 2-3 günde bir kez kaka yaparlar. Burada önemli olan bu aralıkların düzenli olarak tekrarlanması ve daha önceden tahmin edilebilir düzeye gelmesidir.)

7- Tuvalet ihtiyacını çeşitli hareketlerle veya sözle ifade etmektedir.

8- Çocuk, basit talimatlara uymakta, banyoya gidebilmekte ve soyunabilmektedir.

9- Bezi kirlenince rahatsız olmaktadır.

10- Tuvaleti kullanmak istemektedir.

11- Büyüklerini taklit etmek istemektedir.

12- Sizin tuvaleti nasıl kullandığınızı merak etmektedir.

13- Oturağına ilgi göstermektedir.

14- İç çamaşırı giymek istemesi de tuvalet eğitimine hazır olduğunun göstergesidir.

Bunun dışında, çocuğun eğitime duygusal olarak ta hazır olması gereklidir. Eğer direniyorsa, onu zorlamayın! Sadece biraz daha zamana ihtiyacı olabilir. Zorlayıcı bir tuvalet eğitimi, çocuğun kendini kötü hissetmesine yol açar, kalıcı problemlere, kabızlığa yol açabilir. Ev taşıma, kardeş doğumu, ailede ölüm, ayrılık gibi stresli dönemler denemeye başlamak için uygun zamanlar değildir.

Plan Yapın:

Çocuğunuza tuvalet eğitimine başlamadan önce iyi bir plan yapmalısınız. Eğitime ne zaman ve nasıl başlayacaksınız? Herhangi bir direnmeyle karşılaştığınızda veya olası kazalarda tutumunuz ne olmalı gibi şeyleri planlamalısınız. Bunun için çevrenizdeki tecrübeli kişilerden veya profesyonel kişilerden fikirlerini alabilir, doktorunuza danışabilirsiniz. Fakat hiçbir zaman unutmayın: Çocuğunuzu en iyi siz tanıyorsunuz.

Anne-babanın bu işlemi çocuktan çok sert bir biçimde istemesi, çocukta korku, hiddet ve endişe uyandırır, bu konuda daha sonra ortaya çıkabilecek inatlaşmaların sebebi olabilir. Uzmanlar erken yaşta ve sert bir yaklaşımla tuvalet eğitimi vermenin zararlı olduğu konusunda birleşmektedirler. Bu tutum, çocukların duygusal dengesini bozduğu gibi yeterli olgunluğa ulaşmadan yapılan bu eğitim yok denecek kadar az fayda sağlar.[1]

Zorlanan bu çocukların bazıları, ilerde enüretik (alt ıslatan) olurlar, bazıları da çeşitli uyum ve davranış bozuklukları gösterebilirler.[2]

UNUTMAYIN! Çocuk hazır olmadan başlanılan eğitimlerde öğrenme süreci uzar.

18 aylıkken eğitime başlanan çocukların birçoğu dört yaşına geldikleri halde eğitimlerini tamamlayamamalarına karşın; eğitime iki yaşında başlayanların çoğu bunu üç yaşında tamamlamış olur.

Tuvalet Eğitimi Sürecine Nasıl Başlamalısınız?

1- İki yaşına gelince çocuğunuza bir lazımlık satın alın, evde uygun bir yere yerleştirin. Lazımlığın “ne işe yaradığı” ve “biraz daha büyüyünce kullanacağı” konusunda açıklamalar yapın.

2- Önce, lazımlığı oyun oynadığı odaya yerleştirin. Oyun oynarken, televizyon izlerken, üstüne oturmasına, lazımlığa alışmasına izin verin. Asla, çocuğu oturması için zorlamayın!

3- Hangi kelimeleri kullanacağınıza karar verin. Ailede kullanılan, çocuğun da söyleyebileceği basit kelimeler seçin. Çocukla ortak bir dilde konuşmanız önemlidir.

4- Tuvalet ihtiyacı olunca size söylemesi için cesaretlendirin. Tuvaletini yaptıktan sonra da haber verse, onu övün. Bir dahaki sefere, daha erken söylemesi için cesaretlendirin. Çocuk alışıp sevdikten sonra, lazımlığı banyoya yerleştirin ve denemelere başlayın. 1-2 saatte bir banyoya gidin.

Sabah kalktığında, yemeklerden sonra ve tuvaleti geldiğine dair belirtileri fark ettiğinizde, lazımlığa oturması için teşvik edin. Birkaç dakika beklemesini sağlayın, sonuç yoksa ısrar etmeyin. Bazı çocuklar başlangıçta, çişlerini lazımlığa yapar ancak kaka için bezlerini kullanmaya devam ederler.

5- Kolay çıkarabileceği kıyafetler giydirin.

6- Önce kıyafetleri ile oturağa oturabilir. Çocuğunuzu, günde bir kez giyinik olarak lazımlığa oturtun. Bu, kahvaltıdan sonra, banyodan önce ya da bağırsak hareketlerinin başladığı herhangi bir zaman olabilir. Burada maksat, bebeğin oturağa alışması, onu günlük rutinin bir parçası olarak görmeye başlamasıdır.

7- Oturmak istemezse, onu rahat bırakın. Sakın onu zorla lazımlığa oturtmaya çalışmayın. Eğer korkmuşsa, sakın zorlamayın... Çocuk lazımlığa konduğunda ağlarsa bu durumda, lazımlığı birkaç hafta ortadan kaldırıp, sonra tekrar deneyin. İsteği dışında çocuğu lazımlığa oturtmak her zaman yanlıştır.

NOT: Tuvalet eğitiminden kaynaklanan davranış problemlerinin en yaygın sebebi bu zorlamadır. Zorlama ile lazımlığa oturtulan çocuklar daha sonraki aylarda lazımlığı kullanmayı reddederler. Aynı çocuklar lazımlıktan kalkar kalkmaz idrar ya da dışkılarını külotlarına yaparlar veya dışkılarını tutarlar ve ciddi bir şekilde kabız olurlar.[3]

8- Çocuğa kakasının veya çişinin nereye gideceği anlatılmalıdır. Oturağı tuvalete döktükten sonra sifon çocuğa çektirilip “Güle güle” gibi kelimelerle kakasının gidişini görmesi sağlanmalıdır. Korkuyorsa kesinlikle zorlanmamalıdır.

9- Bazen çişten önce kakalarını oturağa yapmayı öğrenirler. Bu yüzden önce kaka eğitimi ile başlayın.

10- Eğer çocuğunuzun özellikle bağırsak hareketlerinin başladığı bir zaman varsa (yemekten sonra gibi), onu o zamanlarda oturağa oturtun. Eğer kakası geldiğinde belli ediyorsa (sessizleşiyorsa veya köşeye çekiliyorsa) hemen lazımlığa götürün.

11- Genellikle çocuğu, her beslenmeden sonra birkaç dakikalığına lazımlığa oturtmak yeterlidir. Çocuklar büyüdükçe tuvaletlerinin geldiğini gösterebilirler ya da çeşitli hareketlerle anlatmaya çalışırlar. Dikkatli anneler çocuğu lazımlığa oturtarak altının ıslanmasını engelleyebilirler.[4]

12- Çocuk tuvaletini yaptığında kakasından ve çişinden nefret etmesine sebep olabilecek (ay ne pis, koktu vb.) sözler söylenmemelidir,

13- Çocuğun tuvalet eğitimindeki başarısı veya başarısızlığı, hiçbir zaman çocuğun zekasıyla eşdeğer tutulmamalıdır.

14- Çocuk, düzenli olarak yatağa girmeden önce tuvalete götürülmeli ve oturak yatağın yanına-yakınına konularak, çocuğun oturağa kolay ulaşması sağlanmalıdır.

15- Her başarıda onu övün, memnuniyetinizi bir gülücük veya sarılma bazen de küçük bir ödülle gösterin. Unutmayın, takdir edilen davranışlar yinelenir! Arada olabilecek kazaları hoş görün. Başarısızlıkta asla cezalandırmayın! Bu sadece, işi zorlaştırır ve çocuğu üzer. Belki, çocuğunuz henüz hazır değildir, böyle durumlarda biraz daha sabretmelisiniz.

Önceleri altını ıslattıktan sonra, daha sonra ise yapmak üzereyken annesine haber verir. İki yaşına geldiğinde çocuklar tuvaletlerini annelerine vaktinde haber verebilirler.

İki-iki buçuk yaşına geldiklerinde ise, çoğunluğu külotlarını indirerek tuvalete oturmaya ve temizlenme dışında her türlü ihtiyaçlarını kendi başlarına gidermeye çalışırlar. Üç yaşına gelince gün içinde rastlanılan idrar ve dışkı kaçırmaları azalır.

İki buçuk yaşına gelindiğinde çocukların çoğu geceleri yataktan kaldırılarak tuvalete getirilirlerse geceyi kuru geçirirler.

Çocuğunuzu Övgülerinizle Ödüllendirin

Eğitiminizin başından sonuna dek çocuğunuzun sizden gelecek olumlu ve olumsuz tepkileri gözleyeceğini unutmayın. Onu hayal kırıklığına uğratmamalısınız. Eğitiminde ileriye gittiği her adımda ve her yeni denemede çok iyi yaptığını ve onunla gurur duyduğunuzu ona söyleyin. Ancak unutmayın ki övgüleriniz çok abartılı olursa çocuk tekrar altına kaçırmaya, huysuz ve sinirli olmaya başlayabilir.

Dört-beş yaşına kadar bazı kaçırmalar olabilirse de giderek çocuklar tuvalet için gece kalkmayı öğrenirler. Bazı uzmanlar, çocuğun lazımlığa sağlam ve rahat bir şekilde oturma olgunluğuna erişmeden önce bu alışkanlığın kazandırılamayacağını söylerler. Çocuk annesine “çişim var” deyinceye kadar onu lazımlığa oturtmaktan kaçınmak en sağlıklı yoldur. Tuvalet alışkanlığı kazandırma eğitimi telaş yaratmadan, sakin bir biçimde ve zor kullanmadan gerçekleştirildiği sürece yararlıdır. Bu alışkanlığın başlatıldığı tarih önemlidir.[5]

Tuvalet Eğitimi Ne Kadar Sürer?

Her çocuk farklıdır. Genellikle, önce barsak kontrolü sağlanır. Çoğu çocuk, 3-4 yaş dolayında barsak kontrolü ve gündüz idrar kontrolünü başarır. Geceleri kuru kalmak içinse, bazen birkaç ay ve hatta yıla daha gerek duyabilir. Ancak, yatak ıslatma çocukluk çağında sık rastlanan bir durumdur ve kontrol yaşı genetik etkenlerle belirlenir. Çocuğunuza kızmadan önce, kendi annenize kaç yaşında kuru kalmayı başardığınızı sorun! Çocuğunuz, büyük tuvalete geçmek istediğinde size söyleyecektir. Klozet adaptörü ve klozete ulaşabilmesi için bir basamak veya tabure sağlayın.

Yardımcı Olacak İpuçları

1- Eğitimi vermeyi düşündüğünüz dönem kış mevsimine rast gelmiş ve eviniz kaloriferli değil ise bu dönemi 3-4 ay ertelemeniz ve baharda başlamanız elde edeceğiniz verim açısından daha isabetli olur. Tuvalet eğitiminde başta yapılan yanlışlıklar ileride anne babaların başlarının oldukça ağrımasına yol açmaktadır.

2- Çocuğunuz tuvalete gitmek istediğinde ona yardımcı olun, yanında kalın eline tuvalette otururken oyalanabileceği resimli kitaplar vs. verin ve oturağına tuvaletini yapmasa bile birkaç dakika oturmasını sağlayın.

3- Lazımlıkta otururken, yanında olun, sohbet edin.

4- Çocuğunuza tuvalette kolay indirilip kaldırılabilen giysiler giydirin.

5- Dört beş dakikadan sonra çocuğunuzun tuvaletten kalkmasına yardımcı olun. Eğer bu süre içerisinde tuvaletini yapabildiyse aşırıya kaçmamak kaydı ile onu övün ve ödüllendirin. Eğer tuvaletini yapamadıysa birdahaki sefere yapabileceğini söyleyin.

6- Anne, baba veya büyük kardeşlerin, tuvaleti nasıl kullandıklarını göstermeleri yararlı olur.

7- Tuvaletini yaptıktan sonra çocuğunuzu dikkatle silin. Kız çocuklarında silinme işleminin enfeksiyon kapmayı engelleyebilmek amacıyla önden arkaya doğru yapılması gerektiğini unutmayın.

NOT: Kitabın içeriği, okuyucuyu bilgilendirmeye yönelik olarak didaktik amaçlı hazırlanmış kılavuz bilgilerden oluşmaktadır. Kitapta yer alan bilgiler, hiçbir zaman bir hekim tedavisinin ya da konsültasyonunun yerini almaz. Bu kaynaktan yola çıkarak, ilaç tedavisine başlanması ya da mevcut ilaç tedavisinin değiştirilmesi kesinlikte tavsiye edilmez.

1 Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co, 1990; 325- 336.

Özcan YZ. Primer enürezis nokturnalı çocukların depresyon, özbenlik saygısı ve davranış bozuklukları açısından normal çocuklarla karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2000, İstanbul

2 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Yörükoğlu A. Uyumsuz çocuk, Yatağa işeme ve dışkı kaçırma, Davranış Bozuklukları; Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları 22. Basım, Ankara:Özgür yayınları, 1998: 283- 7; 327- 33; 334- 53.

3 Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Yörükoğlu A. Uyumsuz çocuk, Yatağa işeme ve dışkı kaçırma, Davranış Bozuklukları; Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları 22. Basım, Ankara:Özgür yayınları, 1998: 283- 7; 327- 33; 334- 53.

4 Artur C. Guyton and John E. Hall. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturıtıon. Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of Disease, 6 th ed, 1997; 264- 265.

5 Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co, 1990; 325- 336.

Özcan YZ. Primer enürezis nokturnalı çocukların depresyon, özbenlik saygısı ve davranış bozuklukları açısından normal çocuklarla karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2000, İstanbul

Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.

Dördüncü Bölüm
PSİKOLOJİK DANIŞMAN VE PSİKOLOG UYGULAMALARI İÇİN ÖRNEK TAKİP AŞAMALARI VE FORMLARI

Psikolojik Danışman meslektaşlarım yıl içerisinde enürezisi yaşayan öğrencilere ve onların ailelerine birtakım tavsiyelerde bulunmak zorundalar elbette ancak bizim mesleğimizin alanı bir hayli geniş olduğundan her konuya tüm boyutları ile hâkim olmamız imkânsız. Onun için burada on iki yıllık uygulamalarımdan edindiğim sonuçları teorik alt yapıyla da destekleyerek pratikte alt ıslatma problemine örnek yaklaşım tarzını bir küçük kılavuz olması adına sizlerle paylaşıyorum.

Psikolojik Danışmanlık Servisinin Alt Islatma Problemini Okul Genelinde Ele Alış Yöntemi

1. Aşama: Çocukta mevcut olan alt ıslatma problemi anne baba tarafından genelde aile dışı çevre ile pek paylaşılmadığı için konu hakkında da yeteri kadar bilgi edinme şansları yoktur. Buradan hareketle şube bazında yapılan veli toplantılarında psikolojik danışmanın 1-8. sınıf velilerine konuyu açmalı enürezisin öğrenciler arasında % 15 gibi yüksek bir rakamda görülebileceğini ancak kesinlikle tedavisinin mümkün olduğunu, yaptırılmadığı takdirde böbrek iflasına kadar giden kötü sonuçlar doğurabileceği şeklinde bir ön bilgi ile zihinlerde soru işareti oluşturması önemlidir. Bundan sonra ailelere ileri bir tarihte sadece alt ıslatma ve çözüm

yolları konusunda bir seminer verileceği belirtilerek proje uygulamasında 1. aşamaya girilmiş olur.

2. Aşama: 1. ve 2. kademe ilköğretim velilerine aşağıdaki ‘veli semineri program duyurusu’ (Form-1) kapalı zarf ile gönderilir. Program duyurusunun geri dönüşü istenir ve gelen katılım talebine göre 3. aşamaya geçilir. Bu sayede tüm ailelere mesaj ulaştırılmış ve formdaki sorular ile gizli hedef kitlenin dikkati çekilmiş olur.

Veli Seminer Programı Duyurusu

(Form-1)

VELİ EĞİTİM SEMİNERLERİ	
Seminer Türü:	KONU ODAKLI SEMİNER
Konu:	ÇOCUKLARDA DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI * İşeme Bozuklukları * Gece Alt Islatma Problemi (Enürezis Nocturna)
Tarih/Saat:	
Yer:	
Hedef Kitle:	6 -14 Yaş grubu alt ıslatma problemi yaşayan öğrencilerimizin velileri.
Süre:	45 dak + 45 dak.
Uygulayıcı:	Okul Psikolojik Danışmanı
Alt Başlıklar:	• Alt ıslatma nedir? • Türleri nelerdir? • Görülme sıklığı nedir? • Tedavisi var mıdır? • Kendiliğinden geçer mi? • Geçerse kaç yaşında ve nasıl geçer? Yoksa ömür boyu sürer mi? • Sebepleri nelerdir? • Tedavi ne oranda başarılıdır? • Alt ıslatma riskini arttıran durumlar nedir? • Alt ıslatmada Alarm Cihazı nasıl kullanılır? Tüm bu soruların cevaplarını bu seminerde bulacaksınız.
Katılmak İstiyorum (Evet)	Katılmak İstemiyorum (Hayır)

Seminere katılıp katılamayacağınızı yukarıdaki boşluğu işaretleyerek 3 gün içerisinde sınıf öğretmeninize lütfen bildiriniz.

3. Aşama: Sunum 45 dakikalık iki bölüm halinde projeksiyon kullanılarak çeşitli resimlerle zenginleştirilmiş slaytlar ile yapılır. ilk 45 dakikadan sonra 15 dakikalık bir ara verilir. Sunum öncesi enürezisin sınıflandırma şeması (şekil-1) ile enürezisin sebeplerini gösteren şema (şekil-2) katılımcı veli sayısınca çoğaltılarak dağıtılır. Katılımcılara sunum hakkında notlar alabilecekleri kalem kâğıt gibi materyallerde sunum öncesi dağıtılır ya da temin etmeleri istenir.

Sunum yukarıda işlenen konu başlıklarını içermektedir. İlk 45 dakikalık sunum ile gece alt ıslatma problemi ve İşeme bozukluklarının tanımı ve

genel anlamda biyolojik sistemin işleyişi ile ilgili genel kültürel anlamda bilinmesi gerekenlerin verilmesi sağlanır.

İkinci 45 dakikalık sunum da ise gece alt ıslatma probleminin teşhisinde kullanılan doneler ve tedavi türleri ile ailenin yapması gereken görevler anlatılır ve ailenin tedaviye teşviki sağlanır.

Öncelikle ailenin alt ıslatma olayını gerçek bir problem kabul etmesi ve ikna olmasından sonraki aşamada tıb nazara verilir ve bu alanda bilinmeyenleri ortadan kaldıran yöntem ve araçlardan bahsedilir. Böylece tedaviye isteklilik pekiştirilmiş olur.

4. Aşama: Seminer uygulamasından 1 ay sonra problem ile ilgili kat edilen mesafeyi tespit için 'geri dönüt formu' (şekil-12) kapalı zarf içinde aileye gönderilir ve en kısa süre içerisinde sınıf öğretmeni kanalı ile geri toplanıp durum tespiti yapılır.

(Şekil-12)

Örnek Geri Dönüş Formu

T. C.

…………………. VALİLİĞİ

…………………. İlköğretim Okulu Müdürlüğü

Sayı: 000/ ... /… /…

Konu: Konu odaklı seminerlerin geri dönütünün alınması

………………. tarihinde yapılan 'Gece Alt Islatma Problemi' konulu seminere katılmış olup akabinde yazılı olarak da bilgilendirildiniz . Psikolojik Danışma Servisi olarak ailenin Gece Alt Islatma (Enurezis nokturna) tedavisinde çocuk ile ilgili uygulamakta olduğunuz tedavi yöntemleri, sonuçları ve son durum hakkında bilgi sahibi olmamız gerekmektedir. Bununla ilgili lütfen aşağıdaki formu doldurunuz.			
Adı /Soyadı: Sınıfı: Doğum Tarihi:			
Çocuk, ürologa veya Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanına götürüldü mü:?		EVET	HAYIR
Çocuğa aşağıdaki tedavilerden hangilerinin uygulandığını işaretleyiniz.			
İlaç Tedavisi	Kullanılan İlaç Adı	Uygulanan Süre	Etkili Olup Olmadığı
	1-		
	2-		
Davranış Değiştirme Tedavisi	1- Kayıt tutma ve ödüllendirme		
	2- Sıvı kısıtlanması ve gece uyandırma		
	3- İdrar torbası Eğitim Eksersizleri		
	4- Koşullandırma (Alarm cihazı)		
Şu anki durumu:	Problem Devam Ediyor	Problem Azaldı	Problem Kalmadı

Formu en kısa sürede doldurup zarf içerisinde sınıf öğretmeni aracılığı ile psikolojik danışmanlık servisimize ulaştırınız. Kağıdın arkasına ek bilgi verebilir ve değerlendirme yapabilirsiniz. Saygılarımla.

KAYNAKÇA

1. J. A. Monda & D. A. Husman, Journal of Urology, Volume 154, August 1995
2. Alarms used during the test included the Palco Wet-stop and the Sears Wee Alert
3. Dodson. Fıtzhugh 2000, Çocuk Yaşken Eğilir. Türkçesi: Seçkin Selvi, Özgür Yayınları, İstanbul.
4. Karaman, M. İhsan, 16 Haziran 2003, Çocuğunuzun Yatağı Kuru Kalsın, Zaman.
5. Kaya, Canten 2001, Çocuk Eğitiminde Anne Babaya Öneriler, Zambak Yayınları, İstanbul.
6. Salzmann, Christian Gotthilf 2002, Çocuğunuzu Yanlış Eğitiyorsunuz, Türkçesi: M. Cahit Gündoğdu, Hayat Yayınları, İstanbul.
7. Yavuzer, Haluk 2000, Çocuk eğitimi El Kitabı, Remzi Kitapevi yayını, İstanbul.
8. Yavuzer, Haluk 2001, Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitapevi yayını, İstanbul.
9. Yörükoğlu, Atalay 2002, Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür yayınları İstanbul.
10. Zoroğlu, Salih Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Enürezis Nocturna Seminer Notları, 2003
11. Alan US. Nocturnal Enuresis. Pediatric Nephrology 1995; 9 (3): 94- 103.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden gözden geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001; 66.
13. Artur C. Guyton and John E. Hall. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturıtıon. Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of Disease, 6 th ed, 1997; 264- 265.
14. Artur C. Guyton and John E. Hall. Physiological Anatomy of the Bladder, Micturıtıon.
15. Austin PF, Ritchey ML. Dysfunctional voiding. Pediatr Rev 2000; 21: 109.
16. Biederman J, Santangelo SL, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E. Clinical correlates of enuresis in ADHD and non-ADHD children. J Child Psychol Psychiatry 1995; 36 (5): 865-877.
17. Bosson S. Nocturnal enüresis. Clinical Evidence 2001; 5: 26873.
18. Cendron M. Primary Nocturnal Enuresis: Current Concepts. American Academy of Family Physicians 1999; 59 (5): 1205- 1214.

19. Egger J, Carter CH, Soothill JF, Wilson J. Effect of diet treatment on enuresis in children with migraine or hyperkinetic behavior. Clinical Pediatrics 1992; 31 (5): 302- 307.

20. Eller D, Austin P, Tanguay S, Hamsy Y. Daytime Functional Bladder Capacity asa Predictor of Response to Desmopressine in monosymptomatic nocturnal enuresis. Eur Urol 1998; 33 (3): 25-29.

21. Garfinkel BD. Elimination Disorders, In: Garfinkel BD (ed). Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, London: WB Saunders Co, 1990; 325- 336.

22. Hellstrom AL, Hansin E, Hansson S, et al. Micturation habits and incontinence in 7yearold Swedish school entrants. Eur J Ped 1990; 149: 4347.

23. Hirasing RA, Van Leerdam F, Bolk-Bennink L, Lanknegt R. Enuresis Nocturna in Adults. Scand J Urol Nephrol 1997; 31: 533- 536.

24. Hjalmas K. Nocturnal Enuresis. Basic Facts and New Horizons. Eur Urol 1998; 3:53-57.

25. Human Physiology and Mechanisms of the Bladder, Micturation. Human Physiology and Mechanisms of Disease, 6 th ed, 1997; 264- 265.

26. Hurley RM. “Enuresis” The difference between night and day. Pediatr in Rew 1990; 12: 16771.

27. Hussman DA. Enuresis; Urol 1996; 48 (2): 183- 93.

28. Janknegt RA, Smans AJ. Treatment with Desmopressin in severe nocturnal enuresis in childhood. Br J Urol 1990; 66: 535- 7.

29. Johnson M. Nocturnal Enuresis. Urol Nurs 1998; 18 (4): 259- 275.

30. Kasatura İ. Kişilik ve Özgüven. İstanbul: Evrim yayınevi, 1998: 38-9.

31. Mark SD, Frank JD. Nocturnal Enuresis. Br J Urol 1995; 75: 427- 434.

32. Mikkelsen EJ. Modern Approaches to Enuresis and Encopresis Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Melwin Lewis press, 2001: 700- 705.

33. Neyzi O, Ertuğrul T, Ekşi A. Psikososyal gelişme ve sorunlar, çocuğun ruhsal gelişimi, Enürezis, Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; 1420- 1421.

34. Robson LM. Diurnal Enuresis. Pediatrics in Rewiew 1998; 18: 40712.

35. Ruhston HG. Wetting and functional voiding disorders. Urologic Clinics of North America 1995; 22 (1): 75- 93.

36. Schmitt BD. Nocturnal Enuresis. Pediatrics in Review 1997; 18 (6): 183.

37. Schmitt BD. Toilet training basics. Your Child Healthy. New York: Bantam Books, 1994:333-337.

38. Shaffer D. Enuresis. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed). Child and Adolescent Psychiatry, London: Blackwell Science, 1994; 505- 519.

39. Şenol S, Karacan E. Çocukların gece ve gündüz işemeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1997; 6 (4): 126- 8.

40. Terho P. Desmopressine in nocturnal enuresis. J Urol 1991; 145: 818- 20.

41. Tirmizi, Tahâret, 8; İbn Mace, Tahâret, 14.

42. Ulman i. Primer Nokturnal Enüreziste Güncel Yaklaşımlar. 1999, Er-Kim İlaç Konferans Sunumu.
43. Ünal F. Enüresis Nokturna. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17 (5): 789- 802.
44. Ünal S, Akbulut A, Karabacak OR. Çocuklarda idrar kaçırma: nörolojik olmayan sebepler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1997; 6 (4):130- 2.
45. Walsh T, Menviell E. Disorders of Elimination. Section IX Disorders in Somatic Function, 416-421.
46. Wekke SJ, Hirasing RA, Meulmeester JF, Radder JJ. Childhood nocturnal enuresis in The Netherlands. Urology 1998; 51 (6): 1022- 6.
47. Wille S. Primary nocturnal enuresis in children. Backgraund and treatment. Scand J Urol Nephrol 1994; 156: 1- 48.
48. Wojcik LJ, Kaplaan GW. The wet child. Urol Clin North Am 1998; 25: 735-43.
49. Yörükoğlu A. Uyumsuz çocuk, Yatağa işeme ve dışkı kaçırma, Davranış Bozuklukları;Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları 22. Basım, Ankara: Özgür yayınları, 1998: 283- 7; 327- 33; 334- 53.
50. Hjalmas K. SWEET, the Swedish Enuresis Trial. Scand J Urol Nephrol 1994; 163: 39- 47.
51. Watanabe H. Social and Treatment Perspective in Japan. In Arst International Workshop 1993. Edited by J. C. Djurhuus, T. M. Jorgensen, J. P. Norgaard, K. Hjalmas, P. Wasserman and A. Harris. Aarhus, Denmark: International Enuresis Research Center, 1993; 29.
52. Hagglöf B, Andren O, Bergstrom E, Marklund L, Wendelius M. Self-Esteemin Children with Nocturnal Enuresis and UrinaryIncontinence Eur Urol 1998; 33 (13):16-19.
53. Özcan YZ. Primer enürezis nokturnalı çocukların depresyon, özbenlik saygısı ve davranış bozuklukları açısından normal çocuklarla karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2000, İstanbul
54. Kirk J, Vestergaard R, Ritting S, Djurhuus J. Provaked Enuresis-like Episodes in Healthy Children 7 to 12 Years Old. J Urol 1996; 156 (1).
55. Bloom D, Park J, Koc H. Comments on pediatric Elimination Dysfunction: The Wharf Hypothesis. The Elimination ınterview, The Guarding Reflex and Nocturnal Enuresis. Eur Urol 1998; 33 (3): 20- 24.
56. Gordon A, Mc Larie N. In Continence and Enuresis. Pediatric Clinics of North America 1987; 34 (5): 1155- 72.
57. Hagglöf B, Andren O, Bergstrom E, Marklund L, Wendelius M. Self-Esteem in Children with Nocturnal Enuresis and Urinary Incontinence. Eur Urol 1998; 33 (13):16-19.
58. Serel TA, Perk H, Koyuncuoğlu HR, Koşar A, Çelik K, Deniz N. Acupuncture therapy in the management of persistant primary nocturnal enuresispreliminary results. Scand J Urol Nephrol 2001; 35 (1): 43.
59. Koff SA. Why is Desmopressin sometimes ineffective at curing bedwetting? Pediatr Nephrol 1996; 10 (5): 667- 70.

60. Stenberg A, Lackgren G. Desmopresin tablet treatment in nocturnal enuresis. Scan J Urol Nephrol 1994; 163: 39- 47.

61. Keskin Gökduman, Müjgan, Enürezis Nocturna tedavisinde Davranış Tedavisinin Etkinliği ;Davranış Tedavisine Yanıtsız Vakalarda İmipramin Ve Oksibutinin Tedavsi. Uzmanlık Tezi, 2006, İstanbul.

62. A Gökçe, S Aslan, FR Yalçınkaya, M Davarcı, YS Kaya, N Savaş, S Görür, Ş Dağlı, AN Kiper, MD Balbay. Tıkayıcı uyku apnesi olan çocuklarda adenotonsillektomi sonrası monosemptomatik enürezisteki iyileşme. 21. Ulusal Üroloji Kongresi, 30 Ekim - 3 Kasım 2010, İstanbul (Bildiri Özetleri Kitabı, sayfa: 232).

63. http://www. bornovaram. com/

64. http://www. cocuksagligimerkezi. com

65. http://www. medicine. ankara. edu. tr/

66. http://sagens. erciyes. edu. tr/dergi/

67. http://www. istanbulsaglik. gov. tr

68. http://www. ibtf. ibu. edu. tr/ders0607/prog3. pdf . Yrd. Doç. Dr. Gökhan Baysoy, Bolu Enürezis Sıklığı Çalışması. AİBÜ İBTF Pediatri AD.

69. http://www. gata. edu. tr/dahilibilimler/cocuk ruh ders notları

70. http://www. bsm. gov. tr/ruhsagligi